



St. Mary of the Isle Parish
315 East Walnut Street • Long Beach, NY 11561
516-432-0157 • Ext. 15

Msgr. Robert Brennan
Pastor
Maryann Specht, MPS
Director of Faith Formation

Faith Formation Program Registration
CLASES DE EDUCACION RELIGIOSA

Fecha: _____

Nombre de la Familia: _____

Direccion: _____

Correo Postal #: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Telefono #: () _____ Figura en Directorio S ___ N ___ /Email _____

Cuando mandemos correspondencia, dirigirla como? (marque una)
Sr./Sra. Sr. Sra. Srta. Dr./Sra. Sr./Dr. Otros _____

Registrado en ésta iglesia S N Si la respuesta es sí, número del sobre _____

PADRES/TUTORES

Parentesco C/Niño: _____ Parentesco C/Niño: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Rasatiempo: _____ Rasatiempo: _____

Pasatiempo _____ Pasatiempo _____

Trabajo: _____ Trabajo: _____

Trabajo Tel.#: _____ Trabajo Tel.#: _____

Cell # _____ Cell # _____

Religion: _____ Religion: _____

Estado Civil: _____ Estado Civil: _____

Appellido du soltera _____ Appellido du soltera _____

Estoy interesado/a en ser voluntario para: _____
Estoy interesado/a en ser voluntario para: _____

Comentarios: _____

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, si Ustedes no pueden ponerse en contacto conmigo, por favor llamar a la persona abajo mencionada.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Direccion: _____ Tel. #: _____

Comentarios: _____
(Volver una hoja)

Nombre del Niño/a: _____ Grado 2010-2011: _____ Sexo: _____

Religion: _____ Escuela: _____ Raza: _____

Idioma: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Asistio Antes A Esta Iglesia S___ N___

Problemas De Salud: _____

Otras Condiciones Fisicas: _____

Comentarios: _____

Si el estudiante no vive con su Mamá o Papá, por favor completar el siguiente párrafo:

Padre: _____ Madre: _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ Cod.Post: _____ Ciudad: _____ Cod.Post: _____

Tel.: _____ Trab.: _____ Tel.: _____ Trab.: _____

Religion: _____ Est. Civil: _____ Religion: _____ Est. Civil: _____

Nombre del Niño/a: _____ Grado 2010-2011: _____ Sexo: _____

Religion: _____ Escuela: _____ Raza: _____

Idioma: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Asistio Antes A Esta Iglesia S___ N___

Problemas De Salud: _____

Otras Condiciones Fisicas: _____

Comentarios: _____

Si el estudiante no vive con su Mamá o Papá, por favor completar el siguiente párrafo:

Padre: _____ Madre: _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ Cod.Post: _____ Ciudad: _____ Cod.Post: _____

Tel.: _____ Trab.: _____ Tel.: _____ Trab.: _____

Religion: _____ Est. Civil: _____ Religion: _____ Est. Civil: _____