



ST. JOSEPH CATHOLIC CHURCH

Religious Education

50 N. 100 E.

LaGrange, In 46761

Telephone #: (260) 463 – 3472 / email: stjosephlagrange@gmail.com

Registration Form

***Please complete the registration form to enroll your children to Religious Education.**

***Payments MUST be at the time of enrollment.** (You may use one form for multiple children)

Father's name: _____ Phone #: _____

Mother's name: _____ Phone #: _____

Calls and text notifications are ONLY with PARENTS!

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

In case there is an emergency and parents cannot be reached, please call:

Name: _____ **(The Person MUST be 18 years or older)**

Relationship to Student: _____ Phone #: _____

| Student name: | School Grade: | Sacrament to be prepared. |
|---------------|---------------|---------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Any of your children has any special learning needs, medical condition, or food allergies? Yes ___ NO ___
If yes, please write it down.

I authorize St. Joseph Catholic Church in LaGrange, IN to take photos, videos and/or audios of my son/daughter for promotional purposes, which may include, but is not limited to, social media, radio or print media.

I have received a copy of the parent/student handbook. I understand that I and my children will abide by the rules and policies stated therein.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date



IGLESIA CATÓLICA SAN JOSÉ

Educación Religiosa

50 N. 100 E.

LaGrange, IN 46761

Número de teléfono: (260) 463 – 3472 /correo electrónico: stjosephlagrange@gmail.com

Formulario de Inscripción

***Por favor complete el formulario de inscripción para inscribir a sus hijos a la Educación Religiosa.**

***El pago se realiza en el momento de la inscripción. (Puede usar un formulario para varios niños.)**

Nombre del Papá: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Mamá: _____ Teléfono: _____

****Notificaciones por mensajes de texto o llamadas son SOLO con los PAPÁS****

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

***En caso de que haya una emergencia y no se pueda contactar a los padres, por favor de llamar a:**

Nombre: _____ (La persona TIENE que ser mayor de 18 años)

Relación con el estudiante: _____ Número de teléfono: _____

| Nombre del Estudiante: | Grado de escuela: | Sacramento para el cual se va a preparar |
|------------------------|-------------------|--|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Alguno de sus hijos tiene alguna necesidad de aprendizaje, condición médica o alergias de comida. Si No
Si Por favor, escribirlo.

Yo autorizo a la Iglesia Católica San José en LaGrange, IN a tomar fotos, videos y/o audios de mi hijo/hija para propósitos promocionales, lo cual puede incluir, pero no está limitado, a medios sociales, radio o medios impresos.

He recibido una copia del manual para padres y estudiantes. Entiendo que yo y mis hijos cumpliremos con las normas y políticas establecidas ahí.

Firma del Padre, Madre o Representante Legal

Fecha



ST. JOSEPH CATHOLIC CHURCH

Religious Education

50 N. 100 E.

LaGrange, In 46761

Telephone #: (260) 463 – 3472 / email: stjosephlagrange@gmail.com

NEW STUDENT REGISTRATION FORM

Student Information:

Grade: _____

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____

Sex: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Baptism:

Yes _____ No _____ Church & Place: _____

First Reconciliation:

Yes _____ No _____ Church & Place: _____

First Communion:

Yes _____ No _____ Church & Place: _____

Confirmation:

Yes _____ No _____ Church & Place: _____

All Copies of Baptism or First Communion Certificates **MUST** be accompanied with this Form!

Parents' Information:

Father's Name: _____ Last Name: _____

Phone Number: _____ Religion: _____

Mother's Name: _____ Last Name: _____

Phone Number: _____ Religion: _____

Primary Language spoken at home: _____

Legal Guardian, **ONLY** if different:

First and Last name: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Religion: _____

Primary Language spoken: _____

Is your Family registered in this Parish:

Yes ___ No ___

Does your child have any learning needs?

Yes ___ No ___

Does your child have any medical condition or disability?

Yes ___ No ___

Please list if you have other children attending to Religious Education:

Name: _____

Grade: _____

Name: _____

Grade: _____

Name: _____

Grade: _____

Name: _____

Grade: _____

Do NOT write here, only use for Religious Education Staff

Sacramental Records:

Baptism:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

First Reconciliation:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

First Communion:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

Confirmation:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

Other additional Information:



IGLESIA CATÓLICA SAN JOSÉ

Educación Religiosa

50 N. 100 E.

LaGrange, IN 46761

Número de teléfono: (260) 463 – 3472 / correo electrónico: stjosephlagrange@gmail.com

INSCRIPCIÓN PARA NUEVO ESTUDIANTE

Información del Estudiante:

Grado: _____

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Bautismo:

Si _____ No _____ Iglesia & Lugar: _____

Primera Reconciliación:

Si _____ No _____ Iglesia & Lugar: _____

Primera Comunión:

Si _____ No _____ Iglesia & Lugar: _____

Confirmación:

Si _____ No _____ Iglesia & Lugar: _____

¡Todas las copias de los certificados de Bautismo o de Primera Comunión **DEBEN** estar con este formulario!

Información de los Padres:

Nombre del Papá: _____ Apellido _____

Número de teléfono: _____ Religión: _____

Nombre de la Mamá: _____ Apellido _____

Número de teléfono: _____ Religión: _____

Idioma preferido: _____

Responsable Legal, **SOLO** si no son los Padres:

Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Religión: _____

Idioma preferido: _____

La familia está registrada en esta Parroquia:

Si ____ No ____

¿Su hijo (a) tiene algún problema de aprendizaje?

Si ____ No ____

¿Su hijo (a) tiene algún problema de salud o discapacidad?

Si ____ No ____

Indique si tiene otros niños que asisten a la Educación Religiosa:

Nombre: _____

Grado: ____

Nombre: _____

Grado: ____

Nombre: _____

Grado: ____

Nombre: _____

Grado: ____

NO escribir aquí, solo uso para el Personal de la Educación Religiosa

Registros Sacramentales:

Bautismo:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Primera Reconciliación:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Primera Comunión:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Confirmación:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Otra información adicional:
