

IGLESIA SAN MIGUEL ARCANGEL
EDUCACION RELIGIOSA
2281 STATE ROAD 580 CLEARWATER, FL 33763
TEL. (727) 797-2375 ext. 243
ESTUDIANTES QUE ESTUVIERON REGISTRADO ANTERIORMENTE

Cuota de inscripción: \$50.00

APELLIDO DE LA FAMILIA: _____

PRIMER NOMBRE: _____ / _____ **Estado civil:** _____
Padre Madre S(sorter) C(casados) D(divorciados)

Dirección: _____
Calle Apto.# Ciudad Codigo postal

Numero De

Telefonos: _____
Casa Emergencia Trabajo Celular

Anote cada NINO en orden del mayor al más joven:

Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sacramento que va a recibir este año: _____ **¿El estudiante atendió clase el año pasado?:** _____
(Si va a recibir La Reconciliación y su 1 ra. Comuni3n ESTE ANO debe incluir Copia de certificado de Bautismo y \$25.00 adicional).

¿Problemas de Salud u otras necesidades especiales/ medicamentos? (Informaci3n Confidencial) Por Favor liste nombre del ni1o y explicar: _____