

St. Bede Catholic School

26910 Patrick Avenue, Hayward, CA 94544(510)782-3444

www.mystbede.org

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

GRADO _____ **ANO** _____

Nombre del hijo(a) _____

Nombre Inicial Apellido

Direcion _____ Ciudad _____ codigo postal _____

Hijo(a) vive con ___ Padre ___ Madre ___ ambos

Telefono de casa() _____ Madre celular() _____ Padre celular() _____

Madre email _____ Padre email _____

Sexo ___H ___M Fecha de nacimiento _____ Lugar _____ Idioma en casa _____

Religion del Hljo(a) _____ Parroquia que asisten _____

Ultima escuela que asistio _____ DistritoEscolar _____

Hispano ___si ___no Raza(marque todos los que se aplican) *Indiano o Nativo

*Asiatico *Asiatico, * China, * Japones, * Africano Americano, * Hawaiiiano o Isla Pacifica, *Blanco

Raza (marque solo uno) *Indiano, *Asiatico, * China, *Japones, *africano, * Filipino, * Hispano, *Blanco

HISTORIA SACRAMENTAL

Bautisado ___Si ___ No Fecha _____ Parroquia _____
Nombre Ciudad Estado

Reconciliacion ___Si ___ No Fecha _____ Parroquia _____
Nombre Ciudad Estado

Primera Comunion ___Si ___No Fecha _____ Parroquia _____
Nombre Ciudad Estado

INFORMACION FAMILIAR

PADRE

Nombre _____

Apellido _____

Religion _____

U.S Ciudadano ___Si ___ No

Ocupacion _____

MADRE

Nombre _____

Apellido _____

Religion _____

U.S Ciudadana ___Si ___No

Ocupacion _____

ESTADO CIVIL

*Casado *Divorciado *Viudo

* Soltero * Otro

*Casada *Divorsiada *Viuda

*Soltera *Otro

INFORMACION DE TRABAJO

PADRE nombre del trabajo _____ Telefono _____

MADRE nombre del trabajo _____ Telefono _____

OTRAS PADRES CON ACESO LEGAL (divorciado o familia separada)

Algun Padre tiene aceso legal? * ___ Si * ___ No (si es Si,por favor complete lo siguiente)

Nombre _____

Nombre Inicial Apellido

Direccion _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de casa _____ Trabajo _____

OTROS HIJOS(AS) EN LA FAMILIA

NOMBRE EDAD SEXO GRADO ESCUELA

INFORMACION MEDICA(enfermedades cronicas o desabilitado)

COMENTARIOS
