

# 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

Direcion \_\_\_\_\_

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**

---

---