

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

**uno por estudiante**

Apellidos del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: **M o F** Grado 2019-2020: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ ¿Que idioma habla? \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ ¿Que Escuela? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias o notas? \_\_\_\_\_

¿Ha asistido aquí antes? **Sí o No**

¿Que Sacramentos esta pidiendo? Bautismo  Reconciliación  Primera Comunión  Confirmación

**Información de los Sacramentos del Estudiante:**

Nombre complete del papa: \_\_\_\_\_ Nombre complete de la mama: \_\_\_\_\_

**Bautismo:**

¿En que Iglesia se Bautizo? \_\_\_\_\_ ¿En que Fecha? \_\_\_\_\_

Dirección complete de la Iglesia: \_\_\_\_\_

Nombre del bautismo \_\_\_\_\_

**¿Ya hizo su Primera Comunión?: SI o NO**

¿En que Iglesia? \_\_\_\_\_ ¿En que fecha? \_\_\_\_\_

Dirección complete de la Iglesia: \_\_\_\_\_

**Confirmación:**

¿En que Iglesia? \_\_\_\_\_ ¿En que fecha? \_\_\_\_\_

Dirección complete de la Iglesia: \_\_\_\_\_

**Información Médica y de Emergencia del Estudiante**

¿Nombre del Doctor? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Enumere las enfermedades médicas del estudiante (asma, epilepsia, etc.) \_\_\_\_\_

Enumere las alergias o reacciones alérgicas del estudiante a medicamentos \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que el estudiante está tomando actualmente \_\_\_\_\_

Importante información médica adicional \_\_\_\_\_

Segura de Salud: \_\_\_\_\_ # de ID. \_\_\_\_\_