

PROGRAMA DE FORMACION DE FE – IGLESIA CATOLICA EL BUEN PASTOR: 2019-20

8710 Mt. Vernon Hwy, Alexandria, VA 22309

Email: database@gs-cc.org Phone: 703-780-4055

FOR OFFICE USE ONLY:

HHID: _____	Family Name: _____	DB entered on: ___/___/___
Received by: _____	Date Received: ___/___/___	Time ____:____:____
Amt Due: \$ _____	Amt Paid: \$ _____	Balance Due (September 30, 2019) \$ _____
Payment <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check # _____	<input type="checkbox"/> CC # _____	<input type="checkbox"/> Monthly Payment Plan
		Catechist? <input type="checkbox"/> Yes

Nombre para correspondencia: _____

Estudiante(s) vive(n) con: Ambos Padres Madre Padre Guardián

Dirección: _____ Apt: _____

Idioma principal en casa: el Inglés el Español

Ciudad: _____ Estado: ____ Zip: _____

Nombre de Madre (primer nombre, apellido): _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono Celular de Madre: _____

Correo electrónico principal: _____

Nombre de Padre (primer nombre, apellido): _____

Correo electrónico secundario: _____

Teléfono Celular de Padre: _____

Contacto de Emergencia (no deben ser los padres): _____

Nombre de Padrastro/Madrastra (primer nombre, apellido): _____

Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Teléfono Celular de Padrastro/Madrastra: _____

(Indicar con * el teléfono celular para recibir textos)

Opción de Exclusión No quiero recibir textos

No quiero que se publiquen fotos de mi hijo/a

Nombre de Estudiante <small>(apellido, primer nombre)</small>	Sexo	Fecha de Nacimiento	2019-20 Grado Escolar	¿Asistió a Clases de Educ. Relig. en		Sacramentos Recibidos			Escriba los número de sus dos Sesiones de Preferencia			
				2017-2018?	2018-2019?	Bautismo (Católico) Cert. entregado	Primera Comunión	Confirmación	1st	2nd	3rd	

Comentarios/ Necesidades Especiales: