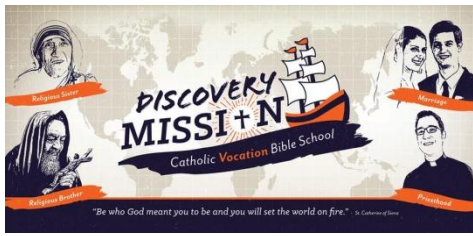


St. Michael Catholic Church 2017 Family Vocation Bible School



Sunday - Thursday, July 9-13
6:15 pm to 8:30pm
Dinner starts at 5:45 pm
Cost: \$70 per Family

Family Information

Inscripción de la Familia

Family Last Name _____
Apellido de Familia

Father's First Name _____ Mother's First Name _____
Nombre del Padre Nombre de la Madre

Address _____
Domicilio (Street) Calle (City) Ciudad (Zip) CP

Home Phone _____ Dad Cell Phone _____ Mom Cell Phone _____
Teléfono de casa teléfono de papa teléfono de mama

Email _____ Primary Language _____
Correo Electrónico Idioma Primario de los Padres

Active Registered Parishioner? **Yes** **No**

¿Feligrés, Activo y Registrado? **Si** **No**

** Note: If a custodial agreement is in place, we **MUST** have a copy of the court certified section of the divorce decree. **

** Nota: Si un acuerdo de custodia está en lugar, **REQUERIMOS** de una copia de la sección de corte certificada de la sentencia de divorcio.*

IF YOU ARE SEPARATED OR DIVORCED, PLEASE GIVE THE NAME OF THE PERSON WHO HAS LEGAL RIGHT TO DIRECT THE MORAL AND RELIGIOUS TRAINING OF THE CHILD(ren). ALL INFORMATION KEPT CONFIDENTIAL.

Name _____ Address _____ City _____ Zip _____ Ph.# _____

✓Check: ___ Joint managing conservator ___ Sole managing conservator ___ Possessory conservator

Emergency Information

Emergency Contact #1 _____ Contact Phone _____

Emergency Contact #2 _____ Contact Phone _____

Relation to Student _____ Dr.'s Name _____

Health Insurance Provider _____ Policy # _____

Volunteer Information

Información sobre el Voluntario

I would be interested in volunteering my time for the following:

Tengo interés en ser voluntario en las siguientes actividades:

Team Leader _____ Age _____ Group Aide _____ Crafts _____
Líder de equipo; Edad Asistente del grupo Manualidades

Games _____ Music/Drama _____ Other _____
Juegos Música/ Drama Otro

If you have attended, please complete below.

Si ha asistido a la clase del programa-Ambiente Seguro favor de completar lo siguiente.

(Place/Lugar) _____ (Date/Fecha) _____

FOR OFFICE USE ONLY: DATE RECEIVED _____ STAFF MEMBER'S SIGNATURE _____

AMOUNT PAID \$ _____ CASH CHECK # _____ CREDIT CARD

PLEASE COMPLETE OTHER SIDE

Student Information

Información sobre el Estudiante

Student Name _____ Nickname _____ Date of Birth _____
Nombre del Estudiante Apodo del Estudiante Fecha de Nacimiento

Gender Male Female
Sexo Masculino Femenino

Grade in School September 2017-2018 _____ School _____
Grado en la escuela en septiembre 2017-2018 Escuela

Are there Special Needs/Accommodations needed : _____

Medical considerations? Asthma Diabetes Seizures Allergies

Other (describe): _____

T-Shirt Size: _____

Student Name _____ Nickname _____ Date of Birth _____
Nombre del Estudiante Apodo del Estudiante Fecha de Nacimiento

Gender Male Female
Sexo Masculino Femenino

Grade in School September 2017-2018 _____ School _____
Grado en la escuela en septiembre 2017-2018 Escuela

Are there Special Needs/Accommodations needed : _____

Medical considerations? Asthma Diabetes Seizures Allergies

Other (describe): _____

T-Shirt Size: _____

Student Name _____ Nickname _____ Date of Birth _____
Nombre del Estudiante Apodo del Estudiante Fecha de Nacimiento

Gender Male Female
Sexo Masculino Femenino

Grade in School September 2017-2018 _____ School _____
Grado en la escuela en septiembre 2017-2018 Escuela

Are there Special Needs/Accommodations needed : _____

Medical considerations? Asthma Diabetes Seizures Allergies

Other (describe): _____

T-Shirt Size: _____

Student Name _____ Nickname _____ Date of Birth _____
Nombre del Estudiante Apodo del Estudiante Fecha de Nacimiento

Gender Male Female
Sexo Masculino Femenino

Grade in School September 2017-2018 _____ School _____
Grado en la escuela en septiembre 2017-2018 Escuela

Are there Special Needs/Accommodations needed : _____

Medical considerations? Asthma Diabetes Seizures Allergies

Other (describe): _____

T-Shirt Size: _____