

FECHA: _____ NUMERO DEL SOBRE DE LA PARROQUIA : _____ NUMERO DE IDENTIFICACION DE FAMILIA: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ RELIGIÓN DE PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ RELIGIÓN DE MADRE: _____

DOMICILIO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO SI ES DIFERENTE DE DOMICILIO: _____

CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	NÚMERO DE TEL FONOS:
PADRE	# DE TRABAJO	# DE TRABAJO	# DE CELULAR
E-MAIL:	DEL PADRE:	DEL PADRE :	DEL PADRE :
MADRE	# DE TRABAJO	# DE TRABAJO	# DE CELULAR
E-MAIL:	DE MADRE:	DE MADRE:	DE MADRE:

	NINO # 1	NINO # 2	NINO # 3	NINO # 4	NINO # 5
NOMBRE DE NIÑO:					
GRADO DE NIÑO:					
Alergias a Alimentos o Bebidas:					
GENERO: M O F:					
FECHA DE NACIMIENTO:					
BAUTIZADO: SI O NO:					
PRIMERA CONFESIÓN: SI O NO:					
PRIMERA COMUNIÓN: SI O NO:					
HA SIDO CONFIRMADO: SI O NO:					

SOLO PARA USO DE OFICINA :

CANTIDAD TOTAL:		CHEQUE:	
CANTIDAD PAGADO:		EFFECTIVO:	
BALANCE:			

POR FAVOR COMPRUEBE QUE SE APLICAN SOLO PARA ESTADISTICAS

Indio Americano:		Caucasico:	
Asiatico Americano:		Hispano:	
Negro Americano:		Otro:	