



**St. Mary Catholic Church & School** **PARISH REGISTRATION FORM**  
**FORMULARIO DE REGISTRACION**

1136 Seminole Drive  
Rockledge, FL 32955  
321-636-7834 www.stmarysrockledge.org

**FAMILY HOUSEHOLD INFORMATION/INFORMACION FAMILIAR**

Today's Date/Fecha \_\_\_\_\_

Family Last Name/Apellido Familiar:		
Current Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip Code/Código Postal:
Home Phone: Teléfono casa:	Email: Correo Electrónico:	
Winter Resident/Residente ocasional: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	If yes/De ser así: Arrival Date/Día de llegada ___/___/___ Departure Date/Día de partida ___/___/___	St. Mary School Family/Es familia de SM la escuela: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

**HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION/INFORMACION DEL CABEZA DE FAMILIA**

Last Name: Apellido:	First Name: Nombre:	<input type="checkbox"/> Mr/Sr. <input type="checkbox"/> Mrs/Sra. <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Miss/Srta. <input type="checkbox"/> Dr/Doctor
Cell Phone: Teléfono cel:	<b>Marital Status/Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Single/Soltero	<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Separated/Separado <input type="checkbox"/> Widow(er)/Viudo(a)
Birthdate/Fecha de Nacimiento: ___/___/___	Language/Idioma:	Ethnicity/Origen Etnico:
Current Employer / Empleador actual:	Occupation/Ocupación:	Religion/Religión:
Baptism/Bautizado : <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ___/___/___	Place/Lugar:
First Communion/Primera Comunión: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ___/___/___	Place/Lugar:
Confirmation/Confirmación: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ___/___/___	Place/Lugar:

**SPOUSE INFORMATION/INFORMACION DE LA ESPOSO(A)**

Last Name: Apellido:	First Name: Nombre:	<input type="checkbox"/> Mr/Sr. <input type="checkbox"/> Mrs/Sra. <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Miss/Srta. <input type="checkbox"/> Dr/Doctor
Cell Phone: Teléfono cel:	<b>Marital Status/Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Single/Soltero	<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Separated/Separado <input type="checkbox"/> Widow(er)/Viudo(a)
Birthdate/Fecha de Nacimiento: ___/___/___	Language/Idioma:	Ethnicity/Origen Etnico:
Current Employer / Empleador actual:	Occupation/Ocupación:	Religion/Religión:
Baptism/Bautizado : <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ___/___/___	Place/Lugar:
First Communion/Primera Comunión: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ___/___/___	Place/Lugar:
Confirmation/Confirmación: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ___/___/___	Place/Lugar:

**PLEASE TURN OVER/POR FAVOR VOLTEE LA PAGINA.../**

**CHILD # 1 INFORMATION/INFORMACION DEL NIÑO #1**

Relationship/Parentesco:
--------------------------

Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Grade/Grado:	School/Escuela:	<input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Religion/Religión:	Language/Idioma:	Ethnicity/Origen Etnico:
Baptism/Bautizado : <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
First Communion/Primera Comunión: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
Confirmation/Confirmación: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:

**CHILD #2 INFORMATION/INFORMACION DEL NIÑO #2**

Relationship/Parentesco:

Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Grade/Grado:	School/Escuela:	<input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Religion/Religión:	Language/Idioma:	Ethnicity/Origen Etnico:
Baptism/Bautizado : <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
First Communion/Primera Comunión: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
Confirmation/Confirmación: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:

**CHILD #3 INFORMATION/INFORMACION DEL NIÑO #3**

Relationship/Parentesco:

Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Grade/Grado:	School/Escuela:	<input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Religion/Religión:	Language/Idioma:	Ethnicity/Origen Etnico:
Baptism/Bautizado : <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
First Communion/Primera Comunión: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
Confirmation/Confirmación: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:

**CHILD #4 INFORMATION/INFORMACION DEL NIÑO #4**

Relationship/Parentesco:

Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Grade/Grado:	School/Escuela:	<input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Religion/Religión:	Language/Idioma:	Ethnicity/Origen Etnico:
Baptism/Bautizado : <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
First Communion/Primera Comunión: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:
Confirmation/Confirmación: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Date/Fecha: ____/____/____	Place/Lugar:

**For Office Use Only/Para Uso de la Oficina Solamente**

Envelope Number:

WL:

Insta-set: