



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:	Marital Status/Estado Civil: <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:	Marital Status/Estado Civil: <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: