



NEW STUDENT INFORMATION
St. Boniface Religious Education Registration 2025-2026

Student Name: _____ Actual Age: _____ Male _____ Female _____
Birth date: ____/____/____ Baptized Roman Catholic: Yes _____ No _____
School: _____ School Grade: _____ (2025-2026)
Birth Father: _____ Birth Mother: _____
First Name Last Name First Name Maiden Name
Religion: _____ Religion: _____
Child lives with: Both Parents _____ Mother only _____ Father only _____ Other (please explain): _____

Sacrament Received: Please fill in where and when with correct information.
Baptism: _____ Date: ____/____/____
Church Name City and State (Country)
Reconciliation: _____ Date: ____/____/____
Church Name City and State (Country)
1st Communion: _____ Date ____/____/____
Church Name City and State (Country)

PLEASE INDICATE WHICH SESSION IN RELIGIOUS EDUCATION AND SCHOOL GRADE YOUR CHILD WILL ATTEND:
First year of preparation for First Reconciliation and First Communion: _____
Second year of preparation for First Reconciliation and First Communion: _____
Continue Religious Education _____
First year of preparation for confirmation ____ Second year of preparation for confirmation ____
Grade 1 ____ Grade 2 ____ Grade 3 ____ Grade 4 ____ Grade 5 ____ Grade 6 ____ Grade 7 ____ Grade 8 ____

Student Medical Information in Case of Emergency
Physician: _____ Phone: (____) _____
Hospital of choice: _____ Phone: (____) _____
Address: _____
Please indicate special health concerns: _____

I, the undersigned, do hereby authorize officials of Saint Boniface Religious Education Department to contact directly the person named on this form and do authorize the named physician or his/her designee to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said student. In the event that physicians or other person listed on this form cannot be contacted, the Religious Education Department officials are hereby authorized to take whatever action deemed necessary in their judgment for the health of the aforesaid student. I will not hold St. Boniface Catholic Church financially responsible for the emergency care and/or transportation for said students.

I, as parent/guardian, and my student agree to abide by the rules and regulations of St. Boniface Religious Education Program.

Parent/Guardian signature: _____ Date: ____/____/____



INFORMACIÓN DEL NUEVO ESTUDIANTE
St. Bonifacio Departamento de Educación Religiosa, Inscripción 2025-2026

Nombre del estudiante: _____ Edad actual: ____ Genero: Femenino ____ Masculino ____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fue Bautizado por la Iglesia Católica?: Yes ____ No ____
Colegio: _____ School Grade: _____ (2025-2026)
Padre de Nacimiento: _____ Madre de Nacimiento: _____
Nombre y Apellido *Nombre y apellido de soltera*
Religion: _____ Religion: _____
El niño vive con: Dos padres ____ Solo la madre ____ Solo el padre ____ Otro (explique por favor): _____

Sacramentos Recibidos: por favor llene donde y cuando con la información correcta.

Bautismo: _____	Fecha: ____/____/____
Nombre de la Iglesia	Ciudad y estado y País
Reconciliación _____	Fecha: ____/____/____
Nombre de la Iglesia	Ciudad y estado y País
1st Communion: _____	Fecha: ____/____/____
Nombre de la Iglesia	Ciudad y estado y País

POR FAVOR INDIQUE LA SESIÓN EN EDUCACION RELIGIOSA Y EL GRADO ESCOLAR QUE ATENDERÁ

Primer año de preparación para reconciliación y primera comunión: _____

Segundo año de preparación para reconciliación y primera comunión: _____

Continua Religious Education _____

Primer año de preparación de confirmación ____ Segundo año de preparación de confirmación ____

Grade 1 ____ Grade 2 ____ Grade 3 ____ Grade 4 ____ Grade 5 ____ Grade 6 ____ Grade 7 ____ Grade 8 ____

Información Medica del estudiante en caso de emergencia

Doctor: _____ Tel: (_____) _____

Hospital : _____ tel: (_____) _____

Dirección: _____

Sufre de alguna enfermedad : _____

Explique _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios del Departamento de Educación Religiosa de San Bonifacio a contactar directamente a la persona nombrada en este formulario y autorizo al médico nombrado o a su representante a prestar el tratamiento que se considere necesario en caso de emergencia, para el la salud de dicho estudiante. En caso de que los médicos u otras personas enumeradas en este formulario no puedan ser contactados, se autoriza a los funcionarios del Departamento de Educación Religiosa a tomar las medidas que consideren necesarias a su juicio para la salud del estudiante mencionado. No responsabilizaré financieramente a St. Boniface Catholic Church por la atención de emergencia y / o el transporte de dichos estudiantes.

I, as parent/guardian, and my student agree to abide by the rules and regulations of St. Boniface Religious Education Program.

Parent/Guardian signature: _____

Date: ____/____/____