

St. Joseph's PREP  
333 Sneden W. Pl  
Spring Valley NY 10977  
356 0054

**New Registration Form 2015-2016**

Student Name \_\_\_\_\_ School grade Starting in September \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante grado escolar que comienza en septiembre

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ F  M  Place of Birth: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento edad femenino masculino lugar de nacimiento

Name of the FATHER, MOTHER, OR LEGAL Guardian to whom the mail should be address:  
Nombre del PADRE, MADE o TUTOR LEGAL a quien debe dirigirse el correo

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
Nombre Relación

E MAIL ADDRESS \_\_\_\_\_ Alternative phone number \_\_\_\_\_  
DIRECCION ELECTRONICA @ Número telefónico

Address: \_\_\_\_\_ Apartment # \_\_\_\_\_  
Dirección Departamento #

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Ciudad Código postal

Parents Married?/ ¿los padres están casados? Yes / Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Separated /separados \_\_\_\_\_ Divorced /divorciados \_\_\_\_\_

Full Name of Father: \_\_\_\_\_ Cell Number: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del PADRE Número celular religión

Full Name of Mother: \_\_\_\_\_ Cell Number: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
Nombre completo de la MADRE Número celular religión

MAIDEN name of Mother: \_\_\_\_\_  
APELLIDO de SOLTERA de la Madre

**Sessions**

**Registration Fees**

<input type="checkbox"/> <b>Please check the session you choose</b> <input type="checkbox"/> Saturday... grade K-8 ...9:30 – 11:30am <input type="checkbox"/> Monday... grade 5-7 ...6:30 – 7:45pm <p style="text-align: center;"><b><u>CONFIRMATION CLASS ONLY</u></b></p> <input type="checkbox"/> Monday grades 8 -12....6:30- 8:30 <p><b>ESPAÑOL:</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Sábado...grados 1-7...5-7pm</b> <input type="checkbox"/> <b>Lunes...grados 5-7 &amp; AE...6:30- 7:45pm</b>	<p><b>\$ 125.00</b> for one student/ por un niño _____</p> <p><b>\$200.00</b> for two children/dos niños (brother and/or sisters) _____</p> <p><b>\$250.00</b> for three children/tres niños _____</p> <p><b>\$300.00</b> for four children/cuatro niños _____</p> <p><b>SACRAMENTAL FEES/CUOTA SACRAMENTAL</b>  <small>POR CADA ESTUDIANTE QUE RECIBIBA E L SACRAMENTO CORRESPONDIENTE</small></p> <p><b>\$40.00</b> each student receiving <b>First Communion</b> this year _____</p> <p><b>\$100.00</b> each student receiving <b>Confirmation</b> this year _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Total</i></p>
---	--

Indicate which Sacraments your child has already received: Indique los Sacramentos que su hijo(a) YA ha recibido:

*Baptism*

*First Holy Communion*

*Confirmation*

A COPY OF THAT SACRAMENT MUST BE HAND IT TO THE OFFICE AT THE TIME OF REGISTRATION  
UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE DICHO SACRAMENTO DEBE SER ENTREGADA AL MOMENTO DE LA INSCRIPCION

**For Office Use Only**

Certificates      Need a copy       On file

Payment: Cash    Check    Credit Card      Amt. \_\_\_\_\_ Due \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**RE-REGISTRATION FORM**

2015-2016

Name of the FATHER, MOTHER, OR LEGAL Guardian to whom the mail should be address:  
 Nombre del PADRE, MADE o TUTOR LEGAL a quien debe dirigirse el correo

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación

Address: \_\_\_\_\_ Apartment # \_\_\_\_\_  
 Dirección Departamento #

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Ciudad Código postal

Home Telephone Number: \_\_\_\_\_ E MAIL ADDRESS \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de casa DIRECCION ELECTRONICA @

Father cell phone Number \_\_\_\_\_ Mother cell phone Number \_\_\_\_\_  
 Número de celular del padre Números de celular de la Madre

STUDENT NAME (S) Nombre del Estudiante (S):	DAY OF BIRTH fecha de nacimiento	School grade staring in September grado escolar que comenzara en septiembre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Indicate which Sacraments your child NEED to received:  
Indique los Sacramentos que su hijo(a) NECESITA recibir:

*Baptism*  
*Bautismo*

*First Holy Communion*  
*Primera Comunión*

*Confirmation*  
*Confirmación*

Registration Fees

<p><b>Please check the session you choose</b></p> <p><input type="checkbox"/> Saturday... grade 1-8 ...9:30 – 11:30am</p> <p><input type="checkbox"/> Monday... grade 5-7 ...6:30 – 7:45pm</p> <p><b>CONFIRMATION CLASS ONLY</b></p> <p><input type="checkbox"/> Monday grades 8 -12....6:30- 8:30</p> <p><b>ESPAÑOL:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sábado...grados 1-7...5-7pm</b> CUPO LIMITADO</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Domingo...grados 1-7... 9:00-10:30am</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Lunes...grados 5-7 &amp; AE...6:30- 7:45pm</b></p>	<p style="text-align: center;"><u>Returning Students</u></p> <p><b>\$ 125.00</b> for one student/ por un niño _____          (brother and/or sisters SOLO SI hermanos(as))</p> <p><b>\$200.00</b> for two children/dos niños _____</p> <p><b>\$250.00</b> for three children/tres niños _____</p> <p><b>\$300.00</b> for four children/cuatro niños _____</p> <p><b>SACRAMENTAL FEES/CUOTA SACRAMENTAL</b>          POR CADA ESTUDIANTE QUE RECIBIBA E L SACRAMENTO CORRESPONDIENTE</p> <p><b>\$40.00</b> each student receiving <b>First Communion</b> this year _____</p> <p><b>\$100.00</b> each student receiving <b>Confirmation</b> this year _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Total</i></p>
--	--

**For Office Use Only**

Payment: Cash Check Credit Card Amt. \_\_\_\_\_ Due \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**IN CASE OF EMERGENCY**  
**EN CASO DE EMERGENCIA**

**Special Medical Condition:** \_\_\_\_\_

(i.e.; Any issue of learning limitations or behavior concerning your child)      Condición médica especial (ej: cualquier problema de conducta o aprendizaje que tenga su hijo)

Procedures to be followed is above condition presents \_\_\_\_\_

Procedimiento a seguir si la condición médica se presenta en una emergencia

Any special request for the dismissal of the child should be made is this form: \_\_\_\_\_

Cualquier solicitud de salida del estudiante deberá hacerse de esta forma \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contactar a \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

Dirección

**Home Phone:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_

Tel. de casa

Celular

**Name of Student's Doctor:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor del estudiante

teléfono

In case of accident or illness, I request that the representative of St. Joseph's Parish Religious Education Program contact me. If I am unable to be reached, I hereby authorize this representative to take whatever action is necessary for proper medical attention to be received by my child. I agree to assume the financial responsibility for any diagnosis, treatment, and/or medication deemed necessary.

Media authorization and release: I hereby to the taking of photographs, movies, videos and images capable of reproduction in any medium of me or my children or children of whom I am the designated guardian. I hereby grant the parish the right to edit, reproduce and use and reuse images for any and all purpose including but not limited to, advertising, promotion and display.

To the best of my knowledge all information given is accurate and complete. I hereby give my consent to and authorize the necessary procedures that have been stated above.

\*\*\*\*\*

En caso de un accidente o enfermedad, yo pido que el representante of St. Joseph's Parish Religious Education Program, me llame. Si no me pueden localizar, yo autorizo a que este representante tome cualquier acción necesaria para que mi hijo(a) reciba la adecuada y necesaria atención. Yo estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico, tratamiento y/o medicina que sea necesaria.

A mi mejor entendimiento toda la información aquí dada es correcta y completa. Por la presente doy mi consentimiento y autorizo los procedimientos necesarios que se han indicado anteriormente.

Permiso y autorización de medios de comunicación: Yo doy mi consentimiento para que se tome cualquier foto, video, película o imagen capaz de ser reproducido por los medios de comunicación de mi hijo o hijos del cual soy designado como guardián. Por la presente doy al programa de St. Parish Religious Education Program en la iglesia de San José, el derecho de editar., reproducir, utilizar y reutilizar imágenes para cualquier y todo propósito incluyendo pero no limitando a, publicidad promoción y exposición.

**Signature of Parent or Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o Tutor:

Fecha

**I, \_\_\_\_\_ the parent/guardian of \_\_\_\_\_**

Have received, read and understand the policies of St. Joseph's Helping Hands after Care. I agree to uphold these policies and have discussed them with my child.

Yo, \_\_\_\_\_ el padre/madre/tutor de: \_\_\_\_\_

YO he leído y entiendo los reglamentos of St. Joseph's Parish Religious Education Program y estoy de acuerdo en hacer respetar estos reglamentos, además he hablado acerca de ellos con mi hijo(a).

*Please use this space to notify us for any concerns or issues about your child we need to be aware i.e. behavior patters, etc.*  
Usted puede utilizar esté espacio para comunicarnos cualquier cosa importante sobre su hijo/a que nosotros debemos saber ejemplo: tipo de comportamiento, etc

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---