

**St. Peter the Apostle Catholic Church**  
**1201 S. Cherry Lane Fort Worth, Texas 76108, 817-246-3622**



*2017/2018*

**IN CASE YOU HAVE SOLE CUSTODY OF YOUR CHILD, PLEASE PROVIDE COURT ORDER COPY**  
**(AT TIME OF REGISTRATION)**

STUDENT'S LAST NAME \_\_\_\_\_ STUDENT'S FIRST NAME \_\_\_\_\_  
(Name listed on their birth certificate) BOY\_\_ GIRL\_\_(Please mark with a Check)

SCHOOL ATTENDING \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH (MONTH, DAY, YEAR) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_ (at time of registration)

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
(PLEASE INFORM US IF YOU CHANGE ADDRESS, PHONE NUMBERS OR CONTACT INFORMATION)

MOTHER'S NAME LAST NAME \_\_\_\_\_ FIRST NAME \_\_\_\_\_

**(Note: ONLY PARENTS CAN REGISTER THEIR CHILDREN)**

MOTHER'S MAIDEN NAME \_\_\_\_\_

MOTHER'S HOME PHONE \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ BUSINESS \_\_\_\_\_

FATHER'S NAME LAST NAME \_\_\_\_\_ FIRST NAME \_\_\_\_\_

FATHER'S HOME PHONE \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ BUSINESS \_\_\_\_\_

PARENT E-MAIL ADDRESS \_\_\_\_\_

**PLEASE INDICATE DATE AND PLACE IF YOUR CHILD RECEIVED FOLLOWING SACRAMENTS:**

BAPTISM \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Church \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

EUCCHARIST \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Church \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

CONFIRMATION \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Church \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

IS THERE ANY OTHER SIBLINGS ATTENDING CATECHISM CLASSES? YES\_\_ NO\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_ FIRST NAME \_\_\_\_\_

Please check one Catechism\_\_ RCIA\_\_ Youth Group\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_ FIRST NAME \_\_\_\_\_

Please check one Catechism\_\_ RCIA\_\_ Youth Group\_\_

WHAT MASS DOES YOUR FAMILY ATTEND AT ST. PETER? \_\_\_\_\_

*St. Peter the Apostle Catholic Church*  
1201 S. Cherry Lane Fort Worth, Texas 76108, 817-246-3622



*2017/2018*

DOES YOUR CHILD HAVE ANY DISABILITIES AND/OR CONDITIONS THAT WOULD AFFECT HIS/HER PARTICIPATION IN THE RELIGIOUS EDUCATION CLASSROOM?

---

DOES YOUR CHILD HAVE ANY PHYSICAL LIMITATIONS?

---

DOES YOUR CHILD TAKE MEDICATION THAT WE NEED TO BE AWARE OF? \_\_\_\_\_

PLEASE LIST YOUR CHILD'S ALLERGIES \_\_\_\_\_

**I GRANT MY PERMISSION FOR MY CHILD TO PARTICIPATE IN THE FAITH FORMATION PROGRAM, AND FOR ST. PETER'S STAFF TO SEEK MEDICAL TREATMENT IN CASE OF EMERGENCY. IF I CANNOT BE REACHED, PLEASE CONTACT:**

NAME \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

PHONE# \_\_\_\_\_ CELL # \_\_\_\_\_

**Promotional Release**

**I also consent to the use by the diocese of Fort Worth of any videotapes, photographs, slides, audiotapes, or any other visual or audio reproduction in which my son/daughter may appear (in perpetuity unless otherwise revoked by me in writing and delivered by certified mail, return receipt requested, to: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director of Faith Formation, Youth Ministry and Adolescent Catechesis). I understand that these materials are being used for promotion of the children and youth ministry of the Diocese of Fort Worth which may include recruitment and fundraising efforts.**

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE**

**DATE** \_\_\_\_\_

**St. Peter the Apostle Catholic Church**  
**1201 S. Cherry Lane Fort Worth, Texas 76108, 817-246-3622**



**2017/2018**

**(EN CASO DE QUE USTED TENGA LA CUSTODIA DE SU HIJO/A, SÍRVASE PROPORCIONAR ORDEN JUDICIAL)**  
(En el momento de la inscripción)

**APELLIDO DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_**  
(NOMBRE DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO) **NINO \_\_\_\_\_ NINA \_\_\_\_\_**  
(Por favor marca de verificación)

**ASISTEN A ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_**

**FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_** (en el momento de la inscripción)

**DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PAIS \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_**  
(POR FAVOR, INFÓRMENOS SI USTED CAMBIAR LA DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO)  
**NOMBRE DE MADRE APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_**

(Nota: SÓLO LOS PADRES PUEDEN REGISTRAR A SUS HIJOS)

**NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE \_\_\_\_\_**

**TELEFONO DEL LA MADRE EN CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_**

**NOMBRE DE PADRE APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_**

**TELEFONO DEL PADRE EN CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO DE PADRE \_\_\_\_\_**

**POR FAVOR, INDIQUE CON UNA MARCA DE VERIFICACIÓN QUE SACRAMENTO(S) NECESITA SU NIÑO/A**

**BAUTISMO \_\_\_\_\_ EUCARISTÍA \_\_\_\_\_ CONFIRMACIÓN \_\_\_\_\_**

**POR FAVOR, INDICAR LA FECHA Y EL LUGAR SI LOS ESTUDIANTES RECIBIERON SACRAMENTOS:**

**BAUTISMO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ IGLESIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_**

**EUCARISTÍA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ IGLESIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_**

**CONFIRMACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ IGLESIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_**

**¿HAY OTROS HERMANOS QUE ASISTEN A CLASES DE CATECISMO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_**  
(Por favor marca de verificación) **CATECISMO \_\_\_\_\_ RICA \_\_\_\_\_ LOS JÓVENES \_\_\_\_\_**

**APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_**  
(Por favor marca de verificación) **CATECISMO \_\_\_\_\_ RICA \_\_\_\_\_ LOS JÓVENES \_\_\_\_\_**

**¿A QUÉ MISA ASISTA SU FAMILIA EN SAN PEDRO? \_\_\_\_\_**

*St. Peter the Apostle Catholic Church*  
1201 S. Cherry Lane Fort Worth, Texas 76108, 817-246-3622



*2017/2018*

¿SI SU NIÑO/A TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD Y/O CONDICIONES QUE PUEDAN AFECTAR SU PARTICIPACIÓN EN CLASE DE EDUCACIÓN RELIGIOSA?

---

¿SU NIÑO/A TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA?

---

¿SU HIJO/A TOMAR MEDICAMENTOS QUE TENEMOS QUE SER CONSCIENTES DE? \_\_\_\_\_

ALERGIAS DE SU HIJO/A? \_\_\_\_\_

RECONOZCO MI PERMISO PARA QUE MI HIJO/A PARTICIPE EN LA FORMACIÓN DE LA FE Y PROGRAMA DE SAN PEDRO PERSONAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA. SI YO NO PUEDO SER ALCANZADO POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON:

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

Yo también el consentimiento para el uso por parte de la diócesis de Fort Worth de vídeos, fotografías, diapositivas, cintas de audio, o cualquier otro tipo de reproducción de audio o visuales en el que mi hijo/hija puede aparecer (en perpetuidad revocada por mí, a menos que se especifique lo contrario por escrito y se entregarán por correo certificado con acuse de recibo, a: el Centro Católico, 800 West Loop 820 S., Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la fe, Formación, Pastoral Juvenil y Catequesis de adolescentes). Entiendo que estos materiales son usados para la promoción de niños y la pastoral juvenil de la Diócesis de Fort Worth, que pueden incluir la contratación y esfuerzos de recaudación de fondos.

PADRE/TUTOR FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_