



St. Joseph Catholic Church
555 West St. Francis St.
Brownsville, TX 78520
(956) 542-2709

ELEMENTARY

New
 Former

CCE REGISTRATION 2022-2023

Student's Name as it appears on birth certificate:

Student's Name (First) _____ (Middle) _____ (Last) _____

City of Birth _____ State _____

Date Of Birth. _____ Age _____ Sex : (M- F) Grade Level in School _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Special Needs we should be aware of? _____

Parents Email address. (It must be an @gmail address for the program) _____

FAMILY INFORMATION

Mother's Name _____ **Father's Name** _____

Phone (_____) _____ Phone (_____) _____

Other persons authorized to pick up or contact if parents are not available

Name _____ Relationship to child _____ Phone (_____) _____

Name _____ Relationship to child _____ Phone (_____) _____

Name and grade level of other children registered with the CCE program: _____

BAPTISM SACRAMENT INFORMATION

Has your child received the Sacrament of Baptism?

_____ No _____ If Yes, give information

Parish Name _____

City _____ State _____

COMMUNION SACRAMENT INFORMATION

Has your child received the Sacrament of Communion?

_____ No _____ If Yes, give information

Parish Name _____

City _____ State _____

In case of an emergency and if I am unable to be reached, I give permission to St. Joseph personnel to seek emergency care at the nearest medical facility. I will assume ALL and ANY type of responsibility, including financially, for all decisions made for my child's care. Signature _____ Date _____

OFFICE USE ONLY

Amount Paid \$ _____

New student? _____

Baptismal Certificate _____

Date Paid _____

Former student? _____

Communion Certificate _____

Receipt # _____

Year Attended? _____

Received by _____

Electronic Communication and Virtual Learning consent form completed _____ Yes _____ No



St. Joseph Catholic Church
555 West St. Francis St.
Brownsville, TX 78520
(956) 542-2709

PRIMARIA

Nuevo
 2º año

REGISTRACIÓN DE CATECISMO 2022-2023

Nombre de estudiante como esta en su certificado de nacimiento:

Nombre de Estudiante (Primer) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____

Ciudad de Nacimiento _____ Estado _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo (M o F) Grado en la escuela _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____

¿Problemas Especiales o de Salud que debemos saber? _____

Email correo electrónico de padres. (Necesita un correo @gmail para el Programa) _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre de Madre _____ **Nombre de Padre** _____

Teléfono (_____) _____ Teléfono(_____) _____

Otras personas autorizadas de recoger o comunicarnos si los padres no están disponibles

Nombre _____ Relación de Niño (a) _____ Tel. (_____) _____

Nombre _____ Relación de Niño (a) _____ Tel. (_____) _____

Nombre y grado de escuela de sus otros niños registrados en las clases de Catecismo _____

SACRAMENTO DE BAUTIZO

¿Su niño(a) ha recibido el sacramento de la Bautizo?

_____ No _____ Si la respuesta es sí, dar información.

Nombre de la Parroquia _____

Ciudad _____ Estado _____

SACRAMENTO DE LA COMMUNION

Su niño(a) ha recibido el Sacramento de la Comunión?

_____ No _____ Si la respuesta es sí, dar información.

Nombre de la Parroquia _____

Ciudad _____ Estado _____

En caso de emergencia, y si no estoy disponible, autorizo al personal de St. Joseph a buscar atención médica de urgencia en la instalación más cercana. Asumo TODA y CUALQUIER tipo de responsabilidad, incluso financiero, por las decisiones que se tomen para el cuidado de mi niño(a). **Firma** _____ **Fecha** _____

OFFICE USE ONLY

Amount Paid \$ _____

New student? _____

Baptismal Certificate _____

Date Paid _____

Former student? _____

Communion Certificate _____

Receipt # _____

Year? _____

Received by _____

Entrego la forma de Consentimiento para la Comunicación Electrónica y Aprendizaje Virtual _____ Si _____ No