

| | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------------|---|
| Nombre del Estudiante/Student's Name | Fecha de Nacimiento/ Birth Date | Sexo/ Sex | Grado/ Grade | Escuela o Iglesia que atiende/ Attending: School or Parish |
| Dirección/ Home Address + zip code | Nombre de la Madre/Mother's Name | | | |
| Numero de Telefono/Home Phone | Numero de celular de la Madre/Mother's cell | | | |
| Esta tu Examen Físico en Archivo/ Is your physical on file? Yes/Si No/No | Dirección Electronica/Email address(s) | | | |
| Se ha registrado en línea con CYO/ Have you registered online with CYO? Yes/Si No/No | Metodo de Pago/ Payment made | Numero de Recibo/ Receipt number | | |
| Círculo el deporte para el que te gustaría registrarte/ Circle the sports you'd like to register | | | | |
| B-Tackle Football | B-Basketball | B-Wrestling | B-Baseball | B-Volleyball |
| G-Kickball | G-Basketball | Co-ed Soccer | G-Softball | G-Volleyball |
| A QUIEN LLAMAR EN CASO DE NO LOCALIZARTE (2 PERSONAS)/WHOM TO CALL IF UNABLE TO REACH YOU (2 PERSONS): | | | | |
| 1. Nombre/Name: | Doctor Familiar/Family Doctor: | | | |
| Telefono/Phone: | Telefono/Phone: | | | |
| Relacion con el niño/Relationship to child; | Hospital Preferido/Hospital Preference: | | | |
| 2. Nombre/Name: | Dentista Familiar/Family Dentist: | | | |
| Telefono/Phone: | Telefono/Phone: | | | |
| Relacion con el niño/Relationship to child: | Alergias/Allergies: | | | |
| Firma del padre/guardian/PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ | | | | |
| NOTE: In case of extreme emergency, I authorize the school to take my child by ambulance to the nearest hospital even though this hospital is not my first choice. Nota: en caso de extrema emergencia, Yo autorizo a la escuela a llevar a mi hijo/a por ambulancia al hospital mas cercano aunque no sea mi primera preferencia. | | | | |
| Firma del padre/guardian/PARENT/GUARDIAN SIGNATURE/ | | | | FECHA/DATE: |

