



Date Recd:	_____
Amount Paid:\$	_____
Receipt:	_____

## St. Andrew Catholic Church

### VBS Registration Form

(One per Child)[ Uno por Niño]

**Early Registration PAID by May 15, 2019 Fee = \$25/Child**  
 Inscripción temprano PAGADO antes de 15 de Mayo 2019 = \$25/ por niño

**Paid after May 15, 2019 = \$30/Child**  
 Pagado después de 15 de Mayo 2019 = \$30 por niño

Child's name[Nombre del niño]: \_\_\_\_\_ Child's gender[Sexo del niño]: \_\_\_\_\_

Child's age[Edad del niño]: \_\_\_\_\_ Date of birth[Fecha de nacimiento]: \_\_\_\_\_

Last school grade completed[Último grado escolar completado]: \_\_\_\_\_

Name of parent(s)[Nombre del padre(s)]: \_\_\_\_\_

Street Address[Dirección]: \_\_\_\_\_

City[Ciudad]: \_\_\_\_\_ State[Estado]: \_\_\_\_\_ Zip Code[código postal]: \_\_\_\_\_

Parent Cell Phone[Teléfono celular padre]: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Alternate Phone Number[Teléfono celular alternativo]: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Home email address[Dirección de correo electrónico de inicio]: \_\_\_\_\_

Home church[Iglesia de origen]: \_\_\_\_\_

Child Shirt Size[Tamaño de la camisa del niño]:      S      M      L      XL      Other: \_\_\_\_\_

Crew number or name (for church use only)[Sólo para uso de la iglesia]: \_\_\_\_\_

Allergies or other medical conditions[Alergias u otras condiciones médicas]: \_\_\_\_\_

**MUST be completed, please write "none" if applicable**  
 [DEBE completarse, escriba "ninguno" si corresponde]



In case of emergency, contact[En caso de emergencia]: \_\_\_\_\_

Phone[Teléfono celular]: \_\_\_\_\_

Relationship to child[Relacion hacía el niño]: \_\_\_\_\_