*Corpus Christi Parish*

Religious Education Email: ccd.corpuschristicc@gmail.com

Religious Education Phone Number: 860 423-8439

Religious Education Phone Fax: 860 423-6825

St. Mary Church
46 Valley Street
Willimantic, CT 06226

St. Joseph Church
99 Jackson Street
Willimantic, CT 06226

Sagrado Corazón de Jesús
61 Club Road
Windham, CT 06280

# GRADES K – 7

## Religious Education Registration 2025 – 2026

Student's Full Name: _____
Nombre del Candidato Last (Apellidos) First (Nombre) Middle (Segundo Nombre)

Place of Birth: _____
Lugar de Nacimiento City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Home Address: _____
Dirección del Hogar Number & Street (No. Calle) City & State (Ciudad y Estado) Zip (Código Postal)

School: _____ Grade: _____
Escuela Grado

Parents' E-Mail Address: _____
Correo Electrónico de los padres

Home Phone: _____ Alternate Phone: _____
Teléfono de Casa Teléfono Alternativo

Emergency Contact Name: _____ Phone: _____
Contacto de Emergencia Teléfono

Father's Name: _____
First Middle Last
Nombre del Papá Teléfono

Mother's Name: _____
First Middle Last
Nombre de la Mamá Teléfono

Mother's Maiden Name: _____
Nombre de soltera de la madre

There is a registration fee of $25.00 per child or $50 per family for two or more children. Please make checks payable to Corpus Christi Parish. La registración es de $25.00 por niño o $50.00 por familia de dos o más hijos. Por favor haga su cheque a Corpus Christi Parish.

**PLEASE BE SURE TO COMPLETE THE REVERSE SIDE OF THIS FORM**
**POR FAVOR VEA EL REVERSO**

---

Office Use Only

Payment Received _____ Check # _____ Date: _____



**SEE OTHER SIDE→**

Please indicate any specific concerns about your child's allergies, medical concerns, cognitive disabilities, behavioral diagnosis, etc.… including if they will carry epi-pen or inhalers.

Favor indicar si su hijo/a tiene alguna situación que incluya alergias, enfermedad, discapacidad cognitiva, diagnostico de comportamiento, etc… incluya si necesita un epi-pen o inhalador

_____

_____

Parish where you are currently registered and attend regularly_____
Nombre de la Parroquia de registración a la que atiende con regularidad

## *Sacramental Information*

**(Please fill in completely / Por favor indique lugar y fecha correctamente)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Baptism | Yes _____ | No_____ | **Place & Date** _____ |
| Bautizo | Si _____ | No _____ | Lugar y Fecha _____ |
| Reconciliation | Yes _____ | No_____ | **Place & Date** _____ |
| Reconciliación | Si _____ | No _____ | Lugar y Fecha _____ |
| First Communion | Yes _____ | No_____ | **Place & Date** _____ |
| Primera Comunión | Si _____ | No _____ | Lugar y Fecha _____ |

**A COPY OF THE SACRAMENT CERTIFICATE IS NEEDED FOR ANY SACRAMENTS NOT RECEIVED AT ST. JOSEPH, ST. MARY, SAGRADO CORAZÓN, OR ST. MARGARET MISSION. PLEASE ATTACH THE BAPTISM AND/ OR FIRST COMMUNION CERTIFICATE TO THE REGISTRATION FORM.**

**SE REQUIERE UNA COPIA DE LOS SACRAMENTOS DE BAUTISMO Y PRIMERA COMUNIÓN SI ES QUE NO FUERON RECIBIDOS EN LAS SIGUIENTES IGLESIAS: ST. JOSEPH, SAINT MARY, SAGRADO CORAZÓN ST. MARGARET MISIÓN.**

_____ _____

**PARENT SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE/MADRE** **DATE/FECHA**