

6311 Baseline Rd  
Little Rock, AR 72209



Phone: 501-565-3855  
Fax: 501-565-9522  
Email: schooloffice@stslr.org

Pago: \_\_\_\_\_  
Oficina \_\_\_\_\_

Estudiante ID: \_\_\_\_\_

**ST. THERESA**  
CATHOLIC SCHOOL

### Hoja de Inscripcion

\$150 Cuota inscripcion, acta de nacimiento, boleta de vacunas, y acta de bautismo deben acompañar este formulario.

#### Student Information:

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_

Apellido                      Nombre                      Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Nivel de Grado Requerido \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela Anterior \_\_\_\_\_

Domicilio de la escuela anterior \_\_\_\_\_

Fecha de Bautismo \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Reconciliacion \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Primera Comunión \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

#### Informacion de la Familia:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Num. de Tel/Cel del hogar \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_

#### Padre/Tutor:

Parentesco \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Negocio/ Empleo \_\_\_\_\_ Negocio/Empleo \_\_\_\_\_

Num. de Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Num. de Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_