

FAMILY'S LAST NAME:
 APELLIDO FAMILIAR

ARCHDIOCESE OF LOS ANGELES
 EMERGENCY - EARTHQUAKE - DISASTER INFORMATION

FAMILY INFORMATION/INFORMACION FAMILIAR

Home Phone #:	()	Home address:	City:	State:	Zip:
Mother's Work Phone #:	()	Pager #:	()	Cellular Phone #:	()
Father's Work Phone #:	()	Pager #:	()	Cellular Phone #:	()
Child/children live with	Both natural Parents/Ambos padres naturales	Mother only/unicamente con la madre	Mother/Stepmother/Padre/madrastra	Father/Stepfather/Madre/padrastro	Guardian
Alumno/os viven con:	Father only/unicamente con el padre	Mother/Stepfather/Madre/padrastro	Guardian	Other	

Mother's Name/Nombre de la Madre: _____
 Mother's maiden name/apellido de soltera _____
 Occupation/ocupación _____ Hours of employment/horas de empleo: _____
 Employer/empleador _____ Work Address/dirección _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Father's Name/Nombre del Padre: _____
 Occupation/ocupación _____ Hours of employment/horas de empleo: _____
 Employer/empleador _____ Work Address/dirección _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO _____
 Complete information for each child/complete la información por cada alumno
 1. Last name/Apellido _____ First/Nombre: _____ Middle/Segundo nombre _____

Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate	Birthplace	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: M F (circle one)	Wears/usa: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (circle one)	Fecha de nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	

Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.
 Asthma/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____
 History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's HMO enrollment #: _____

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO _____
 Complete information for each child/complete la información por cada alumno
 2. Last name/Apellido _____ First/Nombre: _____ Middle/Segundo nombre _____

Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate	Birthplace	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: M F (circle one)	Wears/usa: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (circle one)	Fecha de nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	

Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.
 Asthma/Allergies _____ Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____
 History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) Student's HMO enrollment #: _____