



Class year 2026-2027

SAINT KEVIN CHURCH
704 CORTLAND AVENUE
SAN FRANCISCO, CA 94110
415-648-5751
WWW.STKEVINSF.ORG
OFFICE@STKEVINSF.ORG

Submit all back up documentation/payment DUE By: _____

Religious Education Registration Form

Registration for: First Communion | Confirmation | OCIA

Term: 1st year _____ 2nd year _____

(No Refunds after attending first class)

Student's name: _____

Student's address: _____

Student's birth date: _____ School: _____ Grade: _____

Has the student been **baptized**? No _____ | Yes _____ (REQUIRED attach copy Baptismal Certificate)

Has the student received **First Communion**? No _____ | Yes _____ (attached copy of first communion certificate)

FAMILY CONTACT INFORMATION

Father's name: _____

Telephone: _____
Home Work Cell email

Mother's (maiden) name: _____

Telephone: _____
Home Work Cell email

Guardian's name _____

Telephone: _____
Home Work Cell email

EMERGENCY INFORMATION: *In case of an emergency, I authorize St. Kevin's staff or volunteers to call 911 and/or to take my child to an emergency medical facility for treatment and care.*

Health Insurance Provider: _____ Insurance ID: _____

Name of student's primary physician: _____

Signature _____ Date _____



PARROQUIA SAN KEVIN
704 CORTLAND AVENUE
SAN FRANCISCO, CA 94110
415-648-5751
WWW.STKEVINSF.ORG
OFFICE@STKEVINSF.ORG

CLASE DE AÑO: 2026-2027

(Por favor, completamente y regrese a San Kevin, antes de _____)

INSCRIPCIÓN EN EDUCACIÓN RELIGIOSA

Inscripción para: Primera Comunión _____ Confirmación _____ OICA _____

Plazo: Primer AÑO _____ Segundo AÑO _____

(No hay reembolsos después de asistir a la primera clase)

Nombre del Alumno/a: _____

Dirección del Alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

¿Ha sido el alumno/a **Bautizado/a**?

Sí _____ (Por favor, adjunte copia del certificado) No _____

¿Ha recibido el alumno/a su **Primera Comunión**? Si _____ No _____

(Si la respuesta es sí, Por favor, adjunte copia del certificado)

INFORMACIÓN PARA CONTACTAR LA FAMILIA

Nombre de soltera de la madre _____

Teléfono _____
Casa trabajo celular correo electrónico

Nombre del padre _____

Teléfono _____
Casa trabajo celular correo electrónico

Nombre de otro encargado _____

Teléfono _____
Casa trabajo celular correo electrónico

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA En caso de emergencia, yo autorizo al personal o emergencia para tratamiento y cuidado médico. Copia de carta de seguridad.

Su plan de seguro médico _____ Número del plan _____

Nombre de doctor principal del alumno/a _____ () _____
Teléfono

Firma de los padres _____ Fecha _____