

St. Mary Catholic School  
503 St. John  
Garden City, KS 67846  
(620) 276-2241

**ADMISSION APPLICATION**

PARENT NAME(s) \_\_\_\_\_

MAILING ADDRESS \_\_\_\_\_

CELL # 1 \_\_\_\_\_ CELL #2 \_\_\_\_\_

FATHER'S EMAIL \_\_\_\_\_

MOTHER'S EMAIL \_\_\_\_\_

ARE YOU REGISTERED AT ST. MARY CHURCH? \_\_\_\_\_

What Mass do you attend on the weekends? \_\_\_\_\_

ARE YOU REGISTERED AT ST. DOMINIC CHURCH? \_\_\_\_\_

If neither what church do you attend? \_\_\_\_\_

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

**IS YOUR CHILD BAPTIZED CATHOLIC?** Yes \_\_\_ No \_\_\_

(If yes, their baptism certificate must be sent in with this application)

**HAS YOUR CHILD MADE THEIR FIRST HOLY COMMUNION?** Yes \_\_\_ No \_\_\_

(For 3rd-6<sup>th</sup> grade students)

**WHAT SCHOOL YEAR ARE YOU ENROLLING FOR?** \_\_\_\_\_

GRADE \_\_\_\_\_

**LAST SCHOOL YOUR CHILD ATTENDED** \_\_\_\_\_

Does your child receive Speech services Yes \_\_\_ No \_\_\_

Does your child have an IEP Yes \_\_\_ No \_\_\_

Does your child receive any specials services from USD Yes \_\_\_ No \_\_\_

If so which ones \_\_\_\_\_

**Does your child have any food allergies?** \_\_\_\_\_

What treatments are in place to assist? \_\_\_\_\_

If child is allergic/intolerance to any food or milk-a doctor note must be provided at time of enrollment.

Would you be interested in our before or after school program? \_\_\_yes \_\_\_no

PARENT SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**\*This does not guarantee a spot, but please send back as soon as possible so we can get you on the waiting list. You will be notified as soon as a decision has been made. Thank you.**

St. Escuela católica de Maria  
503 San Juan  
Ciudad del jardín KS 67846  
(620) 276-2241

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

PARENT NAME(s) \_\_\_\_\_

CORREO DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CELL # 1 \_\_\_\_\_ CELL #2 \_\_\_\_\_

DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE \_\_\_\_\_

DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE \_\_\_\_\_

¿ESTÁ REGISTRADO EN EL ST. MARY CHURCH? \_\_\_\_\_

¿Qué masa ¿atienden los fines de semana? \_\_\_\_\_

¿ESTÁ REGISTRADO EN LA IGLESIA DE ST. DOMINIC? \_\_\_\_\_

¿Si ninguno de los dos lo que iglesia para hacerle asistir a? \_\_\_\_\_

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**Es su hijo bautizado católico ¿ ?** Si \_\_\_ No \_\_\_

(En caso afirmativo, su certificado de bautismo debe enviarse con esta aplicación)

**Ha su hijo hizo su primera comunión ¿ ?** No \_\_\_ Sí \_\_\_

(Para estudiantes de 3<sup>o</sup> a 6<sup>o</sup> grado)

**QUÉ AÑO ESCOLAR ESTÁ INSCRIBIENDO PARA?** \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_\_

**ÚLTIMA ESCUELA ASISTIÓ SU HIJO** \_\_\_\_\_

Su hijo recibe servicios de intervención si \_\_\_ no \_\_\_

Tiene su hijo un IEP sí \_\_\_ No \_\_\_

Su hijo recibe servicios especiales desde USD sí \_\_\_ No \_\_\_ If so which ones

**Su hijo tiene alguna alergia alimentaria?** \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos existen para ayudar a? \_\_\_\_\_

Si el niño es alérgica, intolerancia a algún alimento o leche, una nota doctor debe proporcionarse en el momento de la inscripción.

¿Estaría interesado en nuestra antes o después del programa de la escuela? \_\_\_ Si \_\_\_ no

PADRE FIRMA \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_

\* Esto no garantiza un lugar, pero por favor enviar de vuelta tan pronto como sea posible para que podamos conseguir en lista de espera. Se le notificará tan pronto como se ha tomado una decisión. Gracias.