

Sacred Heart Parish

Roman Catholic Church – Tucson

OCIA Registration Form Fall 2026

601 E. Fort Lowell Road ◇ Tucson, Arizona 85705 ◇ (520) 867-8579

Religious Director: Carmen Bonillas, email: RelEdforSHP@gmail.com

**YOU MUST provide your birth certificate
when you come into the office to complete
registration, before you can start class.**

Today's Date: _____

FALL 2026 Class Starts: _____

Write **Name** as shown on Birth Certificate:

Last Name

First Name

Middle Name

Present Address

City, State and Zip Code

Place of birth

Birthdate

Age

Email Address

Home Phone

Cell Phone

Father's Name

Mother's Name

(_____)
maiden name

Name of Godparent

**Godparent is REQUIRED to present
Confirmation Certificate; and if
married, Marriage Certificate
through the Catholic Church.**

Emergency Contact

Phone (C) (H)

Relationship

Medical Information : Insurance name if any _____. In case your emergency
contact **cannot** be reached, you give permission for doctors to help you if needed. _____(Initial).

Preferred Hospital: _____

Known Allergies _____

NON-Refundable donation fees for enrollment: **\$60.00**

Payment _____ (Cash) (Debit/Credit) (Check) Receipt # _____

Student Signature _____

Registered by _____ Date _____

Parroquia del Sagrado Corazón Iglesia Católica Romana – Tucson

Formulario de registro de OICA en otoño de 2026

601 E. Fort Lowell Road ◇ Tucson, Arizona 85705 ◇ (520) 867-8579

Directora Religiosa: Carmen Bonillas, correo electrónico: RelEdforSHP@gmail.com

DEBE proporcionar su certificado de nacimiento cuando venga a la oficina para completar el registro, antes de que pueda comenzar la clase.

Fecha de hoy: _____

Comienza la clase de OTOÑO 2026: _____

Escriba el **nombre** como se muestra en el certificado de nacimiento:

Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección actual Ciudad, estado y código postal

Lugar de nacimiento **Nacimiento** **Edad**

Dirección de correo electrónico Teléfono de casa Teléfono celular

Nombre del padre

Nombre de la madre (apellido de soltera)

Nombre del padrino o madrina

Contacto de emergencia Teléfono (Casa) (Cell) Relación

Información médica: Nombre del seguro, si lo hubiera _____. En caso de que **no se pueda** contactar con su contacto de emergencia, usted da permiso para que los médicos lo ayuden si es necesario. _____ (Inicial). Hospital preferido: _____

Alergias conocidas _____

Se REQUIERE que el padrino/madrina Presentar certificado de confirmación; y si está casado, Matrimonio Certificado a través de la Iglesia Católica.

Tarifas de donación NO reembolsables para la inscripción: **\$60.00**

Pago _____ (Efectivo) (Débito/Crédito) (Cheque) Recibo # _____

Firma del estudiante _____

Registrado por _____ Fecha _____