



Fecha: _____

Forma de Pre-Registro

Office Use Only
Parish ID: _____

Apellido de la Familia: _____ Telefono de casa: _____

Direccion: _____ Celular: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Email: _____

Nombre: _____ Cumpleanos: _____ Sexo: M F Otros Apellidos: _____

Ocupacion: _____ Telefono de Trabajo: _____ Idioma(s): _____

Estado Civil: Soltero Casado (Fecha: _____) Viudo Separado Divorciado Anulado Re-matrimoniado

Sacramentos Recividos: Bautismo: Catholico Otro Primera Comunion: Catholico Otro

Confirmacion: Catholico Otro Casamiento: Catholico Otro

Nombre de la Esposa: _____ Cumpleanos: _____ Sexo: M F Otros Apellidos: _____

Ocupacion: _____ Telefono de Trabajo: _____ Idioma(s): _____

Estado Civil: Soltera Casada (Fecha: _____) Viuda Separada Divorciada Anulada Re-matrimoniada

Sacramentos Recividos: Bautismo: Catholico Otro Primera Comunion: Catholico Otro

Confirmacion: Catholico Otro Casamiento: Catholico Otro

Ninos en hogar (porfavor tenga en cuenta el nombre y el apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Bautismo	Comunion	Confirmacion	Escuela Actual
_____	_____	M F	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	_____
_____	_____	M F	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	_____
_____	_____	M F	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	_____
_____	_____	M F	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	_____
_____	_____	M F	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	_____
_____	_____	M F	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Cath <input type="checkbox"/> NC	_____

***NC Denota No Catolico**

Quieres recibir sobres de donacion? Si No

Algun miembro del hogar tiene necesidades especiales? En caso afirmativo, indíquelo en el espacio siguiente:

Su Firma: _____ Fecha: _____

CONFIDENCIALIDAD: El registro y la informacion individual es estrictamente para uso interno unicamente.