



HOLY INFANCY ROMAN CATHOLIC CHURCH

312 East Fourth Street
Bethlehem, Pennsylvania 18015
Telephone (610) 866-1121

Formulário Paroquial de Inscrição

I INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA

Sobrenome de Família: _____	Data: _____
Seu nome: _____	Célula / Trabalho: _____
Nome do Cônjuge: _____	Celular/Trabalho do Cônjuge: _____
Telefone de Casa: _____	Contacto de Emergência: _____
Endereço: _____	Telefone de Emergência: _____
Cidade, Rua, postal _____	Seu E-mail: _____
Ambos Católicos? _____	Email do Cônjuge: _____

INFORMAÇÃO DO MEMBRO #1

Nome Completo: _____	Católico? Sim / Não
Gênero: Homem / Fêmea	Verifique e coloque a data abaixo
Data de Nascimento: _____	<input type="checkbox"/> Batismo: _____
Primeira Língua: _____	<input type="checkbox"/> Eucaristia: _____
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Penitência: _____
Número de Telefone: _____	<input type="checkbox"/> Confirmação: _____

Necessidades Especiais (Médicas, Dificuldades de Aprendizagem, Deficiências Físicas, etc.):

INFORMAÇÃO DO MEMBRO #2

Nome Completo: _____	Católico? Sim / Não
Gênero: Homem / Fêmea	Verifique e coloque a data abaixo
Data de Nascimento: _____	<input type="checkbox"/> Batismo: _____
Primeira Língua: _____	<input type="checkbox"/> Eucaristia: _____
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Penitência: _____
Número de Telefone: _____	<input type="checkbox"/> Confirmação: _____

Necessidades Especiais (Médicas, Dificuldades de Aprendizagem, Deficiências Físicas, etc.):

Membros Adicionais da Família:

INFORMAÇÃO DO MEMBRO #3

Nome Completo: _____	Católico? Sim / Não
Gênero: Homem / Fêmea	Verifique e coloque a data a baixo
Data de Nascimento: _____	<input type="checkbox"/> Batismo: _____
Primeira Língua: _____	<input type="checkbox"/> Eucaristia: _____
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Penitência: _____
Número de Telefone: _____	<input type="checkbox"/> Confirmação: _____

Necessidades Especiais (Médicas, Dificuldades de Aprendizagem, Deficiências Físicas, etc.):

INFORMAÇÃO DO MEMBRO #4

Nome Completo: _____	Católico? Sim / Não
Gênero: Homem / Fêmea	Verifique e coloque a data abaixo
Data de Nascimento: _____	<input type="checkbox"/> Batismo: _____
Primeira Língua: _____	<input type="checkbox"/> Eucaristia: _____
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Penitência: _____
Número de Telefone: _____	<input type="checkbox"/> Confirmação: _____

Necessidades Especiais (Médicas, Dificuldades de Aprendizagem, Deficiências Físicas, etc.):

INFORMAÇÃO DO MEMBRO #5

Nome Completo: _____	Católico? Sim / Não
Gênero: Homem / Fêmea	Verifique e coloque a data abaixo
Data de Nascimento: _____	<input type="checkbox"/> Batismo: _____
Primeira Língua: _____	<input type="checkbox"/> Eucaristia: _____
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Penitência: _____
Número de Telefone: _____	<input type="checkbox"/> Confirmação: _____

Necessidades Especiais (Médicas, Dificuldades de Aprendizagem, Deficiências Físicas, etc.):
