



HOLY INFANCY ROMAN CATHOLIC CHURCH
312 East Fourth Street
Bethlehem, Pennsylvania 18015
Telephone (610) 866-1121

Formulario Parroquial de Inscripción

INFORMACIÓN FAMILIAR

Apellido de la Familia: _____ **Fecha:** _____

Su Nombre Completo: _____ Su Celular / Trabajo: _____
Nombre Completo _____
Esposo/a: _____ Esposo/a Celular/ Trabajo : _____

Teléfono de la Casa: _____ Su Correo Electrónico: _____

Dirección de la Casa: _____ Contacto de Emergencia: _____

Ciudad, Estado ZIP _____ Teléfono de Emergencia: _____

Ambos Católicos? _____ Email Esposo/a: _____

INFORMACIÓN MIEMBRO #1

Nombre Completo: _____ **¿Católico?** Sí / No
Sexo: Hombre / Mujer **Detalles Sacramentos** Marque y proporcione las fechas

Fecha de Nacimiento: _____ Bautizo: _____

Primer Idioma _____ Eucaristía: _____

Email: _____ Penitencia: _____

Número de Teléfono: _____ Confirmación: _____

Necesidades Especiales (Médicas, De Aprendizaje, Físicas, etc.):

INFORMACIÓN MIEMBRO #2

Nombre Completo: _____ **¿Católico?** Sí / No
Sexo: Hombre / Mujer **Detalles Sacramentos** Marque y proporcione las fechas

Fecha de Nacimiento: _____ Bautizo: _____

Primer Idioma: _____ Eucaristía: _____

Email: _____ Penitencia: _____

Número de Teléfono: _____ Confirmación: _____

Necesidades Especiales (Médicas, De Aprendizaje, Físicas, etc.):

Familiares Adicionales

INFORMACIÓN MIEMBRO #3

Nombre Completo _____

Sexo: Hombre / Mujer

Fecha de Nacimiento: _____

Primer Idioma: _____

Email: _____

Número de Teléfono: _____

¿Católico? Sí / No
Marque y proporcione las fechas

Detalles Sacramentos

Bautizo: _____

Eucaristía: _____

Penitencia: _____

Confirmación: _____

Necesidades Especiales (Médicas, De Aprendizaje, Fisicas, etc.):

INFORMACIÓN MIEMBRO #4

Nombre Completo _____

Sexo: Hombre / Mujer

Fecha de Nacimiento: _____

Primer Idioma: _____

Email: _____

Número de Teléfono: _____

¿Católico? Sí / No
Marque y proporcione las fechas

Detalles Sacramentos

Bautizo: _____

Eucaristía: _____

Penitencia: _____

Confirmación: _____

Necesidades Especiales (Médicas, De Aprendizaje, Fisicas, etc.):

INFORMACIÓN MIEMBRO #5

Nombre Completo _____

Sexo: Hombre / Mujer

Fecha de Nacimiento: _____

Primer Idioma: _____

Email: _____

Número de Teléfono: _____

¿Católico? Sí / No
Marque y proporcione las fechas

Detalles Sacramentos

Bautizo: _____

Eucaristía: _____

Penitencia: _____

Confirmación: _____

Necesidades Especiales (Médicas, De Aprendizaje, Fisicas, etc.):
