ST. MARY HELP OF CHRISTIANS CATHOLIC CHURCH
P.O. BOX 438, AIKEN, SC 29802, (803) 649-4777

FORMULARIO DE REGISTRO

Sobre/No._____ Fecha del día_____
(Información de la oficina)
Apellido de la familia_____
Dirección_____Ciudad/Estado/Código Postal_____
Teléfono (casa)_____2do. teléfono_____Dirección electrónica_____
Dirección postal (si es diferente a la de arriba)_____
Vecindario_____2do. idioma_____Su última parroquia_____

	Jefe de familia	Cónyuge
Primer nombre		
Diferente apellido/ Nombre de soltera		
Estado civil		
Religión		
Raza		
Ocupación		
Lugar donde trabaja y teléfono		
Fecha de nacimiento		
sexo		
Educación – nivel más alto que obtuvo		
Bautismo	Sí_____No_____	Sí_____No_____
Matrimonio	Fecha Lugar	Fecha Lugar
Primera Comunión	Sí_____No_____	Sí_____No_____
Confirmación	Sí_____No_____	Sí_____No_____
Primera Confesión	Sí_____No_____	Sí_____No_____

Niños viviendo en casa

Nombre	Hombre/ Mujer	F.de Nacimiento	Escuela a la que asisten	Grado	Bautismo	1ª. Con-fesión	1ª. Co-nunión	Confir-mación