

# Planilla de Registro Para Miembros de la Capilla Corpus Christi

Por favor envíe esta planilla a la oficina de la Parroquia de Saint Agnes 7775 Vanderbilt Beach Rd. Naples, FL 34120  
 Usted también puede llenar y enviar esta planilla a través de la internet a [CorpusChristiFSSP.com/register](http://CorpusChristiFSSP.com/register). Cualquier duda favor llamar al 239-592-1949.

Fecha \_\_\_\_\_ Sobre # \_\_\_\_\_

Apellido de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Otro Correo electrónico \_\_\_\_\_

Permanencia	Dirección en otro Estado	Estado Civil (Check one)	Asistencia al templo
<input type="checkbox"/> Todo el año	_____	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Entre semana
<input type="checkbox"/> En Temporada	Ciudad _____	<input type="checkbox"/> Casado (Rito Católico)	<input type="checkbox"/> Domingos
	Estado _____	<input type="checkbox"/> Matrimonio Civil	<input type="checkbox"/> De acuerdo a temporada
A partir de _____	Código postal _____	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Hasta _____		<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Dos veces al año o menos
		<input type="checkbox"/> Divorciado	

Nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Ocupación/Escuela	Religión
Cabeza del hogar					
Esposa					
Hijos en casa menores de 18 años:					
1					
2					
3					
4					
5					

	Bautismo	Primera Comunión	Confirmación	Matrimonio
Cabeza del hogar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO
Esposa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO
Hijo 1	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO
Hijo 2	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO
Hijo 3	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO
Hijo 4	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO
Hijo 5	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No MES/ DIA/AÑO

Estoy interesado en hacer voluntariado como:

Acomodador  Monaguillo  Limpieza  Otro \_\_\_\_\_