

Planilla de Registro Para Miembros de la Capilla Corpus Christi

Por favor envíe esta planilla a la oficina de la Parroquia de Corpus Christi Chapel 5975 Golden Gate Parkway, Naples, FL 34116
 Usted también puede llenar y enviar esta planilla a través de la internet a CorpusChristiFSSP.com/register. Cualquier duda favor llamar al 239-360-9977.

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 _____