

IGLESIA DE SAINT PHILIP & SAINT JAMES

PHILLIPSBURG, NJ

REGISTRACION PARA EL PROGRAMA SACRAMENTAL

PARA LA RECONCILIACIÓN Y PRIMERA COMUNIÓN

Nombre del candidato _____ Fecha _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento (ciudad y estado) _____

Colegio al que asiste: _____

Fecha de Bautismo: _____

(Si no fue SPSJ) favor enviar copia del certificado de Bautismo

Iglesia del Bautismo: _____

Dirección de la Iglesia: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre de soltera: _____

Dirección: _____
