

Diócesis de la Divina Misericordia - Misioneros de la Divina Misericordia
Iglesia Católica Antigua - Estados Unidos / México

La Divina Misericordia de Jesús - Comunidad Católica Misionera

REGISTRO PARA EL SACRAMENTO DE LA CONFIRMACION

NOMBRE: _____

APELLIDOS PATERNOS: _____

APELLIDOS MATERNOs: _____

EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA: ____ MES: ____ AÑO: ____

NOMBRE COMPLETO DEL PAPÁ : _____

NOMBRE COMPLETO DE **SOLTERA** DE LA MAMÁ: _____

DIRECCIÓN COMPLETA : _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PADRINO: _____

NOMBRE COMPLETO DE **SOLTERA** DE LA MADRINA: _____

**PIDO EL SACRAMENTO ARRIBA MENCIONADO BAJO EL RITO CATOLICO ROMANO EN LA IGLESIA
CATOLICA ANTIGUA.**

FIRMA: _____

FECHA: _____

EN CASO DE CANCELACIÓN NO SE HARÁ DEVOLUCIÓN ALGUNA DEL DEPÓSITO

PARA USO DE LA OFICINA PARROQUIAL

LIBRO ____ PÁGINA ____ ACTA _____

FECHA DE LA CELEBRACIÓN _____ HORA _____

DONACIÓN _____ RECIBIDO POR: _____

CELEBRANTE _____ LUGAR _____

NOTAS

