



FORMA DE REGISTRO



INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Form fields for Name, Surname, Preferred Name, Address, City, State, C.P., E-Mail, Home Phone, Work Phone, and Cell Phone.

¿MAYOR DE 21 AÑOS? (S/N) HAS ASISTIDO ANTERIORMENTE A UN RETIRO DE ACTS? (S/N)

¿Eres feligrés perteneciente a esta Parroquia? (S/N) Si "NO", ¿cuál parroquia es a la que asistes? Religión:

Si alguien te invitó, ¿nos puedes dar su nombre?

¿Tienes alguna necesidad especial? [] Dieta [] Médica [] Física [] Asistencia Financiera Explica:

NO SE PERMITE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LOS RETIROS DE ACTS

Contacto de Emergencia: Parentesco: Teléfono: E-Mail:

Payment and office use section with instructions on deposit and a signature line for the office.

Si tiene alguna pregunta acerca del retiro de ACTS o su forma de inscripción por favor comuníquese con: , a el teléfono .

Entiendo que ACTS Missions recopilarán información de todos los participantes con fines de calidad y testimonios. También entiendo que ACTS Missions pueden contactarme después del retiro para obtener comentarios sobre mi experiencia...

Escriba aquí sus iniciales si DECLINA a las iniciativas de seguimiento de ACTSMissions:

Firma de Participante Fecha