



## FORMA DE REGISTRO



### INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre	Apellido	Nombre de preferencia		
Dirección	Ciudad	Estado	C.P.	E-Mail
Teléfono Casa	Trabajo	Celular		

¿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: \_\_\_\_\_

Para asegurar su reservación, remitir pago por concepto de depósito para el retiro por la cantidad de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Monto total de \_\_\_\_\_ deberá ser liquidado para \_\_\_\_\_.  
Favor de tomar en cuenta que se les dará prioridad a los feligreses pertenecientes a la parroquia de \_\_\_\_\_.  
**ENVIE ESTA FORMA COMPLETA JUNTO CON SU PAGO A ESTA DIRECCION:**

**PARA USO DE OFICINA:**  
Cantidad de beca solicitada: \_\_\_\_\_

Aprobada por: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta acerca del retiro de ACTS o su forma de inscripción por favor comuníquese con:  
\_\_\_\_\_, a el teléfono \_\_\_\_\_.  
Noelia Gonzales (979)733-2269 Ernestina Ocon (979) 702-8812

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 y ver si me gustaría participar y apoyar futuros retiros de ACTS. Entiendo que ACTS Missions NO divulgará mi información personal a agencias externas.

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha