



FORMA DE REGISTRO



INFORMACION DEL PARTICIPANTE

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

<p>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 _____.</p> <p>Favor de tomar en cuenta que se les dará prioridad a los feligreses pertenecientes a la parroquia de _____.</p> <p>ENVIE ESTA FORMA COMPLETA JUNTO CON SU PAGO A ESTA DIRECCION:</p>	<p>PARA USO DE OFICINA:</p> <p>Cantidad de beca solicitada: _____</p> <p>Aprobada por: _____</p> <p>_____ Firma</p>
--	--

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 _____