



Retiro ACTS para Mujeres de Holy Rosary

Agosto 6-9, 2026

“Jesús les dijo enseguida: “Animo, soy yo, no teman” Mateo 14:27

Directora – Zenaida Sánchez (979) 733-2294
Co-Directora – Martha Ceballos (979) 484-5013
Co-Directora – María García (512) 665-7801
Acompañante Espiritual – Ana Rubio (979) 733-6846
Sacerdote del Retiro P. Nelson González



Formulario de Inscripción

Le invitamos a unirse a nosotras para pasar un fin de semana con Dios asistiendo a un Retiro ACTS. Esta es una oportunidad para la renovación espiritual y para hacer nuevas amistades. Su objetivo es fortalecer nuestra relación con Nuestro Señor y con otras mujeres cristianas que nos acompañan en este camino de fe. Este retiro es organizado por mujeres católicas, con guía espiritual de la fe católica. Esta experiencia tendrá lugar en el Cathedral Oaks Retreat Center, a las afueras de Weimar, Texas.

Este retiro comienza con la Despedida el jueves por la noche, 6 de agosto de 2026, a las **5:30 pm** en el salón de la iglesia de St. Anthony's Catholic Church (1602 Bowie St. Columbus TX 78934- Por la calle Wallace St.) Se proporciona transporte de ida y vuelta al centro de retiro. El retiro termina con la Misa de Regreso el domingo 9 de agosto de 2026 a las **12:00 pm**, en la **Iglesia Católica St. Anthony's en Columbus, Texas (1602 Bowie St. Columbus, TX 78934)**. Se le contactará con más información una vez que se complete la inscripción.

Por favor devuelva este formulario, junto con un depósito de \$50 para reservar su lugar. El costo del retiro es de \$200. Los \$150 restantes deberán pagarse el jueves cuando se registre para el retiro. Haga los cheques a nombre de Holy Rosary ACTS. *(A nadie se le negará la participación por dificultades económicas. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con una de las directoras para hacer arreglos.)*

Por favor de entregar la aplicación con una de las directoras o con un miembro de ACTS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Celular: _____
Teléfono secundario: _____ Correo electrónico: _____ Parroquia a la que pertenece: _____

Enumere cualquier alergia alimentaria/ambiental: _____

Enumere condiciones médicas: ☐ Presión arterial alta ☐ Convulsiones ☐ Diabetes ☐ Uso de CPAP

Otro: _____

Las habitaciones y baños serán compartidos con otras personas en retiro.

¿Puede dormir en una litera superior si es necesario? _____ Talla de camiseta: _____

¿Su familia ha asistido a un retiro ACTS anteriormente? _____

Contactos de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Teléfono secundario: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Teléfono secundario: _____