



ST. JOSEPH CATHOLIC CHURCH

Religious Education for Adults

50 N. 100 E.
LaGrange, IN 46761

Telephone #: (260) 463 – 3472 / email: stjosephlagrange@gmail.com



REGISTRATION FORM

PERSONAL INFORMATION

Full name: _____
Date of Birth: _____ Place: _____
Address: _____ City: _____
State: _____ Zip Code: _____ Telephone number: _____

ACTUAL MARITAL STATUS

Single: Yes ____ No ____

*Answer **ONLY** if you are single.

Do you live with another person in a free union? Yes ____ No ____

Or are you in a couple relationship? Yes ____ No ____

Married: Yes ____ No ____

*Answer **ONLY** if you are married.

Civilly married: Yes ____ No ____

Married by the Catholic Church: Yes ____ No ____

Date: _____ Church: _____ Place: _____

SACRAMENTS

Baptized: Yes ____ No ____ If yes, where? _____

First Communion: Yes ____ No ____ If yes, Where? _____

Confirmed: Yes ____ No ____ If yes, where? _____

I do not have any Sacrament: _____

*I authorize St. Joseph Catholic Church in LaGrange, IN to take photos, videos and/or audios for promotional purposes, which may include, but is not limited to, social media, radio or print media.
I understand that I will abide by the rules and policies stated.*

Signature: _____

Date: _____

OFFICE USE ONLY:

Payment: _____ Check # _____ Cash _____

Date: _____ Initials _____

Do NOT write here, only use for Religious Education Staff

Sacramental Records:

Baptism:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

First Reconciliation:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

First Communion:

Date: _____ Church: _____ Place: _____

Confirmation:

Date: _____ Church: _____ Place: _____



IGLESIA CATÓLICA SAN JOSÉ

Educación Religiosa para Adultos

50 N. 100 E.

LaGrange, IN 46761

Número de teléfono: (260) 463 – 3472 / correo electrónico: stjosephlagrange@gmail.com



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

ESTADO CIVIL ACTUAL

Soltero (a): Sí ____ No ____

*Responda **SÓLO** si es soltero/a.

¿Vive con otra persona en unión libre? Sí ____ No ____

¿O estás en una relación de pareja? Sí ____ No ____

Casado (a): Sí ____ No ____

*Responda **SÓLO** si está casado.

Casado civilmente: Sí ____ No ____

Casado por la Iglesia Católica: Sí ____ No ____

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

SACRAMENTOS

Bautizado (a): Sí ____ No ____ En caso de ser sí, ¿dónde? _____

Primera Comunión: Sí ____ No ____ En caso de ser sí, ¿dónde? _____

Confirmado (a): Sí ____ No ____ En caso de ser sí, ¿dónde? _____

No tengo ningún Sacramento _____

Yo Autorizo a la Iglesia Católica de San José en LaGrange, IN para tomar fotos, videos y / o audios con fines promocionales, que pueden incluir, pero no se limitan a, los medios de comunicación social, radio o medios impresos. Entiendo que me comprometo a cumplir con las normas y políticas establecidas.

Firma: _____

Fecha: _____

USO DE OFICINA:

Pago: _____ Cheque # _____ Efectivo: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____

NO escribir aquí, solo uso para el Personal de la Educación Religiosa

Registros Sacramentales:

Bautismo:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Primera Reconciliación:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Primera Comunión:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____

Confirmación:

Fecha: _____ Iglesia: _____ Lugar: _____