



Forma de Registro de Quinceañeras

Iglesia Católica de San Alejandro
P. O. Box 644, Cornelius, OR 97113
503-359-0304 (Oficina) / 503-992-8634 (Fax)



Fecha de Hoy: _____
Mes/Día/Año

Fecha de la Misa: _____

Horario: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sacramentos Recibidos:

Bautismo: Fecha: _____ Lugar: _____

Primera Comuni3n: Fecha: _____ Lugar: _____

Confirmaci3n: Fecha: _____ Lugar: _____

Informaci3n de Contacto:

Nombre de Pap3: _____ Tel. _____

Nombre de Mam3: _____ Tel. _____

Direcci3n: _____ Email: _____

Parroquianos de San Alejandro: Si # Sobre _____ No

Donde Asisten a Misa dominical: _____

Padrinos: _____ Tel. _____

PARA USO DE OFICINA

Fecha de Retiro de Quinceañera: _____ Lugar: _____

Fecha de Ensayo: _____ Horario: _____ En el calendario por: _____

Coordinador(a): _____ Notificada

Costo Determinado: \$300 Parroquiano / \$500 No parroquiano

Deposito: \$ _____ Fecha: _____ No. De Recibo: _____ Rcv'd by: _____

Pagos: \$ _____ Fecha: _____ No. De Recibo: _____ Rcv'd by: _____

Pagos: \$ _____ Fecha: _____ No. De Recibo: _____ Rcv'd by: _____

Pagos: \$ _____ Fecha: _____ No. De Recibo: _____ Rcv'd by: _____

NOTAS: