



**Planilla de Inscripción para el V Encuentro que debe enviar a la oficina de la parroquia
24 de septiembre de 2017**

Cabeza o responsable del Hogar.

Nombre(es) _____ Apellido(os) _____

Nacionalidad, _____ Correo electrónico _____

¿Participará Ud, del Dia Diocesano de los Ministerios el lunes 25 de septiembre? Si No

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cod _____

Función (marque con un círculo) Asis. administrativo Gerente de negocios Catequista Diácono
Liturgia Mantenimiento Parroquiano Sacerdote Director Profesor Pastoral Juvenil Otro personal con sueldo

Género (marque uno con un círculo) Masculino Femenino**Edad (Marque con un círculo) De** 16 a 25 26 a 40 41 a 65 66+**Esposa**

Nombre(es) _____ Apellido(os) _____

Nacionalidad, _____ Correo electrónico _____

¿Participará Ud, del Dia Diocesano de los Ministerios el lunes 25 de septiembre? Si No

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cod _____

Función (marque con un círculo) Asis. administrativo Gerente de negocios Catequista Diácono
Liturgia Mantenimiento Parroquiano Sacerdote Director Profesor Pastoral Juvenil Otro personal con sueldo

Género (marque uno con un círculo) Masculino Femenino**Edad (Marque con un círculo) De** 16 a 25 26 a 40 41 a 65 66+**Hijos**

Nombre(es) del 1er. hijo _____

Género (Marque con un círculo) Masculino Femenino**Edad De** 0 a 3 4 a 6 7 a 11 12 a 15 16 a 25 26 a 40

Nombre(es) del 2er. hijo _____

Género (Marque con un círculo) Masculino Femenino**Edad De** 0 a 3 4 a 6 7 a 11 12 a 15 16 a 25 26 a 40

Nombre(es) del 3ro. hijo _____

Género (Marque con un círculo) Masculino Femenino**Edad De** 0 a 3 4 a 6 7 a 11 12 a 15 16 a 25 26 a 40

Nombre(es) del 4to. hijo _____

Género (Marque con un círculo) Masculino Femenino**Edad De** 0 a 3 4 a 6 7 a 11 12 a 15 16 a 25 26 a 40

Nombre(es) del 5to. hijo _____

Género (Marque con un círculo) Masculino Femenino**Edad De** 0 a 3 4 a 6 7 a 11 12 a 15 16 a 25 26 a 40

Nombre(es) del 6to. hijo _____

Género (Marque con un círculo) Masculino Femenino**Edad De** 0 a 3 4 a 6 7 a 11 12 a 15 16 a 25 26 a 40

.- Necesidades especiales: Por favor indique cada una de sus necesidades , (o de algún miembro de la familia), Ud. Va a necesitar; Interprete, sufre de alguna alergia, sólo come alimentos libre de gluten, medicina especial, etc.