



FORMA DE REGISTRO
 Holy Rosary Retiro de ACTS para mujeres
 27 feb-2 marzo de 2025

“...la boca habla de lo que esta lleno el corazon.”

Lucas 6:45

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

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

Para asegurar su reservación, remitir pago por concepto de depósito para el retiro por la cantidad de \$50.00 a Holy Rosary ACTS. Monto total de \$175.00 deberá ser liquidado para el 27 feb 2025. Favor de tomar en cuenta que se les dará prioridad a los feligreses pertenecientes a la parroquia de St. Anthony Catholic Church.

ENVIE ESTA FORMA COMPLETA JUNTO CON SU PAGO A ESTA DIRECCION:

St. Anthony-ACTS
 PO Box 669
 Columbus, TX 78934

PARA USO DE OFICINA:

Cantidad de beca solicitada: _____

Aprobada por: _____

Firma

Si tiene alguna pregunta acerca del retiro de ACTS o su forma de inscripción por favor comuníquese con:

Mariela Lozano a 956-263-8511.

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 ACTS Missions: _____

Firma de Participante

Fecha