



ST. RAYMOND CATHOLIC CHURCH
 11555 Shannon Ave
 Dublin, CA. 94568
 925-828-2460

PEDIDO DE BAUTISMO

Nobre de Niño: _____ **Masculino** ___ **Hembra** ___
Imprima por favor

Fecha de Nacimiento: _____ **Lugar de Nacimiento:** _____
Cuidad Estado

Nombre de Padre: _____
Imprima por favor: **Primero** **Centro** **Apellido**

Bautizado: Si ___ No ___ Fe _____ **Primera Comunión:** Si ___ No ___ **Confirmacion:** Si ___ No ___

Nombre de Madre: _____
Imprima por favor: **Primero** **Centro** **Doncella**

Bautizado: Si ___ No ___ Fe _____ **Primera Comunión:** Si ___ No ___ **Confirmacion:** Si ___ No ___

Casado: Si ___ No ___ **Por un Sacerdote o Diacono Catolico:** Si ___ No ___

Domicillo Particular: _____ **Apartamento** _____

Cuidad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Numero de teléfono: _____ **Móvil# (Padre)** _____

Correo electrónico: _____ **Móvil (Madre):** _____

Firma de Padre: _____

Firma de Madre: _____

PADRINOS: (Por favor de notar: Debe ser un Confirmado Practicante Católico y más de 16 años)

Nombre de Padrino: _____ **Fe:** _____

Confirmado: Si ___ No ___ **Imprima por favor**

Nombre de Madrina: _____ **Fe:** _____

Confirmada: Si ___ No ___ **Imprima por favor**

Que el Señor te bendiga y te guarde en su paz.

Parroquia de San Raymundo

Registered Parishioner: _____
 Donation Payment: _____
 Class Information: Parents _____
 Godparents _____
 Baptism Date: _____

Office Use Only

PDS ____

Priv. Bap ____ Mass Book ____

SRB ____