

Saint John Paul II Catholic Mission

2410 S Smith Rd. SW, Gainesville, GA 30504 | 770-532-6772 | FAX 770-534-8213

Church Registration Form

Family (or last) Name: _____

Street Address: _____ City: _____, Georgia Zip Code: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ E-Mail: _____

Marital Status (Mark one) ☐ Catholic Marriage Date _____
☐ Civil Marriage Date _____
☐ Divorced Date _____
☐ Separated Date _____
☐ Widowed Date: _____
☐ Single Date: _____

Head of Household: _____

Spouse (if married): _____

Date of Birth: _____

Date of Birth: _____

Occupation: _____

Occupation: _____

Work Phone: _____

Work Phone: _____

Religion: _____

Religion: _____

Maiden Name: _____

Maiden Name: _____

Name of members in household	M/F	Date of Birth	Date of Baptism	Date of 1 st Communion	Date of Confirmation	Grade	Religious Education	Special Needs

Previous parish attended (City/State): _____

What Programs would you like to see in our Parish? _____ Are you bilingual? ☐ Yes ☐ No

Language? _____ Please indicate your interest, gifts or areas willing to serve? _____

Would you like to receive envelopes for contribution to the parish? ☐ Yes ☐ No Would you like a GA Bulletin? ☒ Yes ☐ No

office use only:

Date received: _____

Date entered: _____

Send Other: _____

Welcome Package.: ☐ Yes ☐ No

Envelope #: _____

Mision Catolica San Juan Pablo II

622 Shallowford Road, Gainesville, GA 30504 770-532-6772 / FAX 770-532-6789

Formulario de Registro Familiar

Apellido de la Familia: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico _____

Estado Marital (Marque Uno) ☐ Casado en la Iglesia Católica Fecha _____
☐ Casado pero no en la Iglesia Católica Fecha _____
☐ Divorciad@ Fecha _____ ☐ Viud@
☐ Separad@ Fecha _____ ☐ Solter@ ☐ Unión Libre

Jefe de Familia _____ Espos@ _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Profesión _____ Profesión _____

Teléfono del Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

Religión _____ Religión _____

Apellido de Soltera (si aplica) _____ Apellido de Soltera (si aplica) _____

INFORMACION SACRAMENTAL DE LA FAMILIA

Nombre	M/F	Fecha de Nacimiento	Fecha de Bautismo	Fecha de Eucaristía	Fecha de Confirmación	Año Escolar	Educación Religiosa	Necesidades Especiales

Parroquia Anterior (Ciudad, Estado): _____

¿Qué programas le gustaría ver en la parroquia? _____ ¿Eres bilingüe? ☐ No ☐ Si,

¿Qué idioma? _____ ¿Hay algún tiempo/talento con el cual le gustaría involucrarse? _____ ¿

gustaría recibir sobres para su contribución a la Parroquia? ☐ Si ☐ No Desea el GA Bulletin? ☐ Si ☐ No

Uso de oficina solamente: _____ Send
 Date received _____ Date entered _____ Other _____ welcome Pckg. ☐ Yes ☐ No

Numero de sobre# _____