

ZGŁOSZENIE DZIECKA DO SAKRAMENTU CHRZTU ŚWIĘTEGO

DZIECKO

Nazwisko

Imiona

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

RODZICE

Imiona i nazwisko **Ojca**

Data urodzenia

Imiona i nazwisko **Matki** oraz nazwisko panięskie Matki

.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Ślub kościelny; związek cywilny bez przeszkód; związek cywilny z przeszkodami; konkubinat
/niepotrzebne skreślić/

Ślub kościelny rodziców

/data i miejsce zawarcia/

CHRZESTNI

Imiona i nazwisko **Ojca Chrzestnego**.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

Imiona i nazwisko **Matki Chrzestnej**

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

- Spisanie aktu chrztu od Poniedziałku do Piątku przed planowaną Niedzielę Chrztu Świętego w Kancelarii Parafialnej.
- PROSZĘ O ZABRANIE ZE SOBĄ AKTU URODZENIA DZIECKA Z URZĘDU STANU CYWILNEGO.
- CHRZESTNI proszeni są o dostarczenie ZAŚWIADCZENIA, że mogą być rodzicami chrzestnymi z parafii swojego miejsca zamieszkania.

Data Chrztu Świętego.....

Ks. Proboszcz