ST. RITA CATHOLIC CHURCH

13645 PADDOCK DRIVE, WELLINGTON, FL 33414
PHONE: 561-795-4321 FAX: 561-793-4082

FIRST EUCHARIST REGISTRATION FORM
REGISTRACION PARA LA PRIMERA COMUNION
2026 – 2027

PLEASE ATTACH A COPY OF YOUR CHILD'S BAPTISMAL CERTIFICATE.
POR FAVOR ADJUNTE LA COPIA DEL CERTIFICADO DE BAUTISMO DE SU HIJO (A)

Please Print – Por Favor escriba con letra imprenta

NAME OF CHILD/NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

(As shown on the Baptismal Certificate) (First- primer Nombre) (Middle – Segundo Nombre) (Last - Apellido)
(Como aparece en el Certificado de Bautismo)

PLACE OF BIRTH: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: (City - Ciudad) (State - Estado)

DATE OF BIRTH: _____ Age - Edad: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

CHURCH OF BAPTISM: _____

IGLESIA DE BAUTISMO:

PLACE OF BAPTISM / LUGAR DEL BAUTIZO: _____

(City - Ciudad) (State - Estado)

DATE OF BAPTISM – FECHA DE BAUTISMO: _____

(Month - Mes) (Day - Dia) (Year-Año)

FAMILY MAILING ADDRESS – DIRECCION DE LA FAMILIA

FATHER'S NAME – NOMBRE DEL PAPA: _____

(First - Primer) (Middle - Segundo) (Last - Apellido)

MOTHER'S NAME – NOMBRE DE LA MADRE: _____

(First - Primer) (Middle - Segundo) (Last – Apellido de soltera)

ADDRESS - DIRECCION: _____

(Street - Calle) (City - Ciudad) (State-Estado) (Zip Code)

MOTHER'S CELL – CELULAR DE LA MAMA: _____ FATHER'S CELL – CELULAR DEL PAPA: _____

ATTENDS SESSION-SESION QUE ATENDERA: (Please Circle-Por favor Circule): S-3 S-4 M-3