

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA DO CHRZTU ŚWIĘTEGO

My, niżej podpisani, prosimy o udzielenie sakramentu chrztu św. naszemu dziecku, które pragniemy wychować w wierze katolickiej.

Data Chrztu św.: _____ dzień tygodnia: _____
a) w czasie Mszy Św. o godz.: _____ b) poza Mszą Św. o godz.: _____
nauka przed chrztem: _____ o godz.: _____

Nazwisko dziecka: _____

Imiona chrzestne dziecka: _____

Data i miejsce urodzenia: _____

Akt ur. nr: _____ wyd. przez USC w _____

OJCIEC	Nazwisko i imię: _____
	Zawód: _____ wiek: _____
	Wyznanie: _____
	Adres zamieszkania: _____

MATKA	Nazwisko i imię: _____
	z domu: _____ zawód: _____ wiek: _____
	Wyznanie: _____
	Adres zamieszkania: _____

Ślub kościelny (data i miejsce): _____

Ślub cywilny (data i miejsce)¹: _____

Ojciec Chrzestny	Nazwisko i imię: _____
	Stan cywilny: _____ wiek: _____
	Ślub kościelny (data i miejsce): _____
	Adres zamieszkania: _____

Matka Chrzestna	Nazwisko i imię: _____
	Stan cywilny: _____ wiek: _____
	Ślub kościelny (data i miejsce): _____
	Adres zamieszkania: _____

Zgodność powyższych danych potwierdzamy własnoręcznym podpisem:

_____ podpis ojca

_____ podpis matki

Szafarz Chrztu św.: _____

¹ Jeśli inne niż kościelny