

Sacred Heart Parish Roman Catholic Church – Tucson

Adult Communion and/or Confirmation Registration Form 2026

601 E. Fort Lowell Road ◇ Tucson, Arizona 85705 ◇ (520) 867-8579
Religious Director: Carmen Bonillas, email: RelEdSHP@gmail.com

Provide COPIES of the Following Certificates:
Birth • Baptism • Communion

Today's Date: _____

JANUARY 2026 Class Starts: _____

Baptized? Date _____ What City _____ Church _____
First Communion? Date _____ What City _____ Church _____

Write **Name** as shown on Birth Certificate:

_____ Last Name(s) _____ First Name _____ Middle Name _____

_____ Present Address _____ City, State and Zip Code _____

_____ **Place of birth** _____ **Birthdate** _____ **Age** _____

_____ Email Address _____ Home Phone _____ Cell Phone _____

_____ Father's Name _____

_____ Mother's Name _____ maiden name _____

_____ Name of Sponsor _____

Sponsor REQUIRED to present confirmation certificate; and if married, Marriage Certificate through the Catholic Church.

_____ Emergency Contact _____ Phone (C) (H) _____ Relationship _____

Medical Information : Insurance name if any _____. In case your emergency contact **cannot** be reached, you give permission for doctors to help you if needed. _____ (Initial).

Preferred Hospital: _____

Known Allergies _____

NON-Refundable donation fees for enrollment: **\$60.00**

Payment _____ (Cash) (Debit/Credit) (Check) Receipt # _____

Student Signature _____

Registered by _____ Date _____

Parroquia del Sagrado Corazón Iglesia Católica Romana – Tucson

Formulario de inscripción de Comunión y/o Confirmación para adultos en 2026

601 E. Fort Lowell Road ◇ Tucson, Arizona 85705 ◇ (520) 867-8579

Directora Religiosa: Carmen Bonillas, correo electrónico: RelEdSHP@gmail.com

Proporcione COPIAS de los siguientes certificados:

Nacimiento • Bautismo • Comunión

Fecha de hoy: _____

Comienza la clase de **ENERO 2026**: _____

¿Bautizado? Fecha _____ Ciudad _____ Iglesia _____

¿Primera Comunión? Fecha _____ Ciudad _____ Iglesia _____

Escriba el nombre como se muestra en el certificado de nacimiento:

Apellidos _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección actual _____ Ciudad, estado y código postal _____

Lugar de nacimiento _____ Nacimiento _____ Edad _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Nombre del padre _____

Nombre de la madre _____ (_____)
apellido de soltera

Nombre del patrocinador _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono (C) (Casa) _____ Relación _____

Información médica: Nombre del seguro, si lo hubiera _____. En caso de que **no se pueda** contactar con su contacto de emergencia, usted da permiso para que los médicos lo ayuden si es necesario. _____ (Inicial).

Hospital preferido: _____

Alergias conocidas _____

Tarifas de donación NO reembolsables para la inscripción: **\$60.00**

Pago _____ (Efectivo) (Débito/Crédito) (Verificar) Recibo # _____

Firma del estudiante _____

Registrado por _____ Date _____

**Patrocinador REQUERIDO para
presentar certificado de
confirmación; y si está casado,
certificado de matrimonio a**