



**CONFIRMATION October 2, 2026**  
**SUNDAYS 6:00 - 8:00 PM**  
**(Must also attend Youth Group and/or Bible Study)**  
**FIRST CLASS: SUNDAY, MAY 31<sup>st</sup>**

**Date of Registration:** \_\_\_\_\_

**Email Address (REQUIRED):** \_\_\_\_\_

**Are you registered at this parish?**

Yes

No

I don't know

## CANDIDATE INFORMATION

**Baptismal Name:** \_\_\_\_\_  
Last First Middle

**Nickname:** \_\_\_\_\_

**Grade Level:** \_\_\_\_\_  
(if any)

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Age:** \_\_\_\_\_

**Gender:**  Male  Female

**Allergies or health conditions to be aware of:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PARENT INFORMATION

**Father:** \_\_\_\_\_

**Mother:** \_\_\_\_\_

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **City, Zip** \_\_\_\_\_

**Phone Number 1:** \_\_\_\_\_

**Phone Number 2:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact 1:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

### Liability Release:

As the parent/guardian, I grant permission for my child to be photographed and/or videotaped during church activities and events. I understand that my child may decline to be photographed and/or videotaped at any time. I further grant permission for the resulting photographs and/or videotaped footage to be edited, if necessary, and then published and/or broadcast for the purpose of promoting youth programs at St. John the Evangelist Parish.

Yes

No

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

**REGISTRATION FEE: \$75 PER CHILD**

PAID

DATE:

RECEIVED BY:



CONFIRMACIÓN, 2 de OCTUBRE, 2026

DOMINGOS 6:00 - 8:00 PM

(También debe asistir al grupo de jóvenes y/o estudio bíblico )

PRIMERA CLASE: 31 de MAYO

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (REQUERIDO): \_\_\_\_\_

¿Está usted registrado en esta parroquia?

Sí

No

No sé

## INFORMACIÓN DEL CANDIDATO

Nombre de bautismo: \_\_\_\_\_

Apellido(s)

Nombre

Medio

Apodo: \_\_\_\_\_

Nivel de grado: \_\_\_\_\_

(Si hay alguno)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenina

Alergias o condiciones de salud a tener en cuenta:

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono 1: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 2: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia 1: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Liberación de responsabilidad:

¿Podemos utilizar fotografías de su hijo para el sitio web de nuestra parroquia, tableros de anuncios, folletos y boletines? No se incluirán los nombres.

Yes

No

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DE OFICINA

COSTO DE INSCRIPCIÓN: \$ 75 POR NIÑO

PAGADO

FECHA:

RECIBIDO POR: