



ST. ANN

CATHOLIC CHURCH

• CARTHAGE MISSOURI •

908 S. Clinton Carthage, MO

stannschurch@stannscarthage.com
Grupo juvenil/Clase de confirmación

(417) 358-1841

Padres:

Nombre: _____
Teléfono: _____
Dirección postal: _____
Religión: _____

Idioma principal: _____
Correo electrónico: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre: _____
Teléfono: _____
Dirección postal: _____
Religión: _____

Idioma principal: _____
Correo electrónico: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____

¿Está la familia registrada en la parroquia de Santa Ana? SÍ NO

¿Está alguno de los padres interesado en ser catequista o colaborador? SÍ NO

Contacto de emergencia (en caso de que no se pueda contactar con los padres/tutores)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Jóvenes (7º-8º grado): Escriba el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado (2025-2026): _____
Asistencia escolar: _____

Sacramentos recibidos/Fecha: Bautismo: _____ Reconciliation: _____ Primera Comunión: _____ Confirmación: _____

Parroquia del Sacramentos : _____ Ciudad, Estado: _____

Información de emergencia

Compañía de seguros de salud: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Número de miembro: _____ Número de grupo: _____

A continuación se incluyen las alergias que mi(s) hijo(s) puedan tener, especialmente las alergias alimentarias, cualquier medicamento que mi(s) hijo(s) esté(n) tomando y cualquier otra información que deba ser comunicada a un médico o dentista:



ST. ANN

CATHOLIC CHURCH

• CARTHAGE MISSOURI •

908 S. Clinton Carthage, MO

stannschurch@stannscarthage.com

(417) 358-1841

Youth Group/Confirmation Class

Parents/Guardian:

Name: _____

Primary Language: _____

Phone: _____

Email: _____

Mailing Address: _____

City: _____ Zip: _____

Religion: _____

Name: _____

Primary Language: _____

Phone: _____

Email: _____

Mailing Address: _____

City: _____ Zip: _____

Religion: _____

Is family registered at St. Ann's: YES NO

Is a parent interested in becoming a Catechist or Parent Helper? YES NO

Emergency Contact (*In case the parents/guardians cannot be reached*)

Name: _____

Phone: _____

Youth (7th-8th): Put name as it appears on birth certificate

Name: _____

Date of Birth: _____

Grade(2025-2026) _____

School Attending: _____

Sacraments Received/Date: Baptism: _____ Reconciliation: _____ First Communion: _____ Confirmation: _____

Parish of Sacraments: _____ City, State: _____

Emergency Information

Health Insurance Carrier: _____

Name of Policy Holder: _____

Member Number: _____

Group Number: _____

The following includes any allergies, especially food allergies, my child(ren) may have, any medication my child(ren) may be taking, and any other facts to which a physician or dentist should be alerted:
