

Resurrection Catholic Church
915 Zoe St, Houston, TX 77020
713-675-5333
amedellin@rcchouston.org

For Office use only
Page _____ No _____
Date Called for pick up _____
Called in <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
pick up date _____

Sacramental Request Form

Formulario de Solicitud para certificado sacramental

Date of Request/ Fecha de solicitud _____

Baptismal/ Bautismal Marriage/Matrimonio FC/PC Confirmation/Confirmación

Parish/ Parroquia: _____

Name on record/ Nombre en el registro: _____

Date of Birth /Fecha de nacimiento: _____

Date of Sacrament/ Fecha de Sacramento: _____ for baptism infant/bautismo infantil __ yes/si __ no

if marriage Name of spouse/ si el matrimonio Nombre del cónyuge _____

Parent Information/Información de los Padres

Father/Padre: _____ **Mother's maiden /Madre nombre soltera** _____

Minister/Pastor: _____

Godparents/ Padrinos: _____

Requester's Relationship to Person named in record: _____
Relación del solicitante a la persona nombrada en el registro

Purpose of Request: _____
Motivo de la solicitud

Send to/ Enviar a: _____
Name/Nombre Address/Domicilio City/cuidad State/estado Zip/código postal

Daytime Phone/Teléfono: _____ **Email Address /Correo Electrónico:** _____

Other Notes or Clarifications/ Otras anotaciones o aclaraciones: _____

Printed Name of Requester
Nombre de Solicitante

Signature of Requester
Firma de Solicitante

Date
Fecha

Copy of photo ID & release required
Copia de Identificación y Autorización

\$20.00 fee for copy of any sacramental record
\$20.00 por copia de cualquier tipo de registro sacramental