



FORMA DE REGISTRO



Queen of Peace Parish - Retiro de ACTS para Hombres

Feb. 27-28 y Marzo 1-2, 2025

"Es bueno darte Gracias Señor" Sal. 91, 2

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

¿MAYOR DE 21 AÑOS? (S/N) \_\_\_\_\_ HAS ASISTIDO ANTERIORMENTE A UN RETIRO DE ACTS? (S/N) \_\_\_\_\_

¿Eres feligrés perteneciente a esta Parroquia? (S/N) \_\_\_\_\_  
Si "NO", ¿cuál parroquia es a la que asistes? \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Si alguien te invitó, ¿nos puedes dar su nombre? \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna necesidad especial?  Dieta  Médica  Física  Asistencia Financiera  
Explica: \_\_\_\_\_

NO SE PERMITE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LOS RETIROS DE ACTS

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Para asegurar su reservación, remitir pago por concepto de depósito para el retiro por la cantidad de \$25.00 a Queen of Peace Parish. Monto total de \$225.00 deberá ser liquidado para el día Miércoles, 26 de Febrero del 2025. Favor de tomar en cuenta que se les dará prioridad a los feligreses pertenecientes a la Parroquia de Queen of Peace.

ENVIE ESTA FORMA COMPLETA JUNTO CON SU PAGO A ESTA DIRECCION:

Queen of Peace Parish  
1551 Belvidere St.  
El Paso, TX 79912

PARA USO DE OFICINA:

Cantidad de beca solicitada: \_\_\_\_\_

Aprobada por: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta acerca del retiro de ACTS o su forma de inscripción por favor comuníquese con:  
Sergio Bustamante (Director): 915-217-8875 |  
Armando Montes (Co-Director): 915-727-0876 | Sergio Castillo (Co-Director): 915-781-5586

Entiendo que ACTS Missions recopilarán información de todos los participantes con fines de calidad y testimonios. También entiendo que ACTS Missions pueden contactarme después del retiro para obtener comentarios sobre mi experiencia y ver si me gustaría participar y apoyar futuros retiros de ACTS. Entiendo que ACTS Missions NO divulgará mi información personal a agencias externas.

Escriba aquí sus iniciales si **DECLINA** a las iniciativas de seguimiento de ACTS Missions: \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_