



**ARQUIDIOCESE DE PORTO ALEGRE  
INICIAÇÃO À VIDA CRISTÃ**



**INSCRIÇÃO DE CATEQUESE/ ANO \_\_\_\_\_**

*Esta ficha permanece no arquivo da paróquia*

PARÓQUIA: \_\_\_\_\_

COMUNIDADE: \_\_\_\_\_

Etapas: Pré-Catequese ( ) Eucaristia 1 ( ) Eucaristia 2 ( ) Crisma 1 ( )  
Crisma 2 ( )

Nome: \_\_\_\_\_

Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Batizado: Sim ( ) Não ( ) em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Ano escolar: \_\_\_\_\_ (M) (T) (N)

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Outro contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

É pessoa com deficiência? ( ) Não ( ) Sim, auditiva/surdez/baixa audição  
( ) Sim, deficiência visual/baixa visão ( ) Sim, deficiência intelectual ( )  
Sim, deficiência física/baixa mobilidade ( ) Sim, TEA ( ) Sim, deficiências  
múltiplas ou síndromes ( )

É paciente de alguma Instituição? Qual? .....

Tem alguma alergia ou intolerância alimentar? Qual (is)? .....

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_