



SS. Cyril & Methodius Parishioner Registration

608 Sobieski Street, Lemont, IL 60439

Phone: 630-257-2776 or Email: rectory@stcyril.org

Website: www.stcyril.org

Office Use Only

Registration Date _____

Family ID _____

Head of Household LAST Name _____ Wife's maiden name _____

Address _____ City/State _____ Zip _____

Cell 1 _____ Cell 2 _____ Email _____

Marital Status: Church Marriage Civil Marriage Ceremony Single Widowed Divorced Annulled

Date of Church Marriage: _____ Church of marriage _____ City/State _____

Are you planning a wedding at SSCM? Yes (date) _____ No Languages spoken: English Polish Spanish Other _____

PLEASE CHECK YOUR PREFERENCE: For Contributions I would you like to receive: Weekly envelopes EFT (www.givecentral.org) Weekly envelopes w/EFT

PLEASE PRINT: FIRST NAME, MIDDLE INITIAL, LAST NAME	DATE OF BIRTH	GENDER M or F	BAPTIZED CATHOLIC Yes or No DATE IF KNOWN	1ST COMMUNION Yes or No DATE IF KNOWN	CONFIR- MATION Yes or No DATE IF KNOWN	Other FAITH	HS	COLLEGE	OCCUPATION
Husband/Fiancé									
Wife/Fiancée									
Other/Relative									
									SCHOOL or RELIGIOUS ED now attending
Child 1									
Child 2									
Child 3									
Child 4									

I would appreciate receiving more information about serving the parish in one or more of the following ministries: (please check)

- AAW (All are Welcome)
 Altar & Rosary
 Art & Environment
 Bereavement
 Wedding Sacristan
 Holy Name
 Helping Hands
 Liturgical Ministries
 Ministry of Care
 Music Ministry
 Respect Life
 Tree of Love
 Evangelization Team
 Catechists

Thank you for registering with our Parish. Please return this form to our Parish Life Building offices, collection basket, foyer drop box or email to rectory@stcyril.org



Forma Rejestracyjna w Parafii ŚŚ. Cyryla i Metodego

608 Sobieski Street, Lemont, IL 60439

Telefon: 630-257-2776 lub Email: rectory@stcyril.org

Strona Internetowa: www.stcyril.org

Wypełnia biuro

Data rejestracji _____

Rejestracji _____

Nazwisko _____ Nazwisko Panieńskie _____

Adres _____ Miasto/Stan _____ Kod pocztowy _____

Komórka 1 _____ Komórka 2 _____ Email _____

Stan Cywilny: Ślub Kościelny Ślub Cywilny Kawaler/Panna Wdowiec(a) Rozwiedziony(a)

Data zawarcia małżeństwa w Kościele _____ Nazwa Parafii _____ Miasto/Stan _____

Czy planujesz zawrzeć związek małżeński w Kościele ŚŚ. Cyryla i Metodego? Tak (data) _____ Nie Języki: Angielski Poliski Hiszpański Inny _____

Opcja składanej ofiary: tygodniowe koperty opcja internetowa (EFT www.givecentral.org) opcja internetowa (EFT) z tygodniowymi kopertami

PROSZĘ DRUKOWAĆ IMIĘ I NAZWISKO	Data urodzenia	Płeć	DATA CHRZTU	DATA I-WSZEJ KOMUNII ŚW	DATA BIERZMOWANIA	INNE WYZNANIE	ŚREDNIA SZKOŁA	STUDIA	Zawód
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Mąż/ Narzeczony									
Żona/ Narzeczona									
Inna osoba zamieszkała									
									Szkola i Nauki Religii do których obecnie dziecko uczęszcza
Dziecko 1									
Dziecko 2									
Dziecko 3									
Dziecko 4									

Jestem zainteresowany informacjami uczestnictwa w życiu parafialnym:

- Zapraszamy Wszystkich Różaniec Grupa Dekoracyjna Pogrzeby Męska Grupa Modlitewna Pomocne Dłonie
 Lektorzy i Szafarze Eucharystii Komunia Chorym Chór W Obronie Życia Drzewko Miłości Śluby Grupa Ewangelizacyjna
 Katecheci/Pomoc

Dziękujemy za rejestrację w naszej parafii. Prosimy o przesłanie tego formularza do biura parafialnego, dołączenia do składki, pozostawienia w skrzynce pocztowej przy okienku biura lub wysłanie e-maila na adres rectory@stcyril.org