



HRVATSKA KATOLIČKA MISIJA **Katholische Kroaten-Mission**

Paradiesstrasse 38
CH-9000 St. Gallen

Tel. 071/277 83 31
Fax 071/277 83 36

PRIJAVNICA ZA PRVU SVETU PRIČEST

Ime i prezime prvopričesnika (-ce): _____

Roditelji: _____ i _____
(Očevo ime) (Ime i djevojačko prezime majke)

Mjesto i nadnevak (datum) rođenja: _____ Razred: _____

Točan naslov (adresa) stanovanja: _____ Tel: _____

Mjesto i nadnevak: _____ Potpis roditelja: _____

HRVATSKA KATOLIČKA MISIJA ST. GALLEN



(UPISNICA ZA SAKRAMENT SVETE POTVRDE)

Ime i prezime potvrđenika(ce): _____

Mjesto i nadnevak (**datum**) rođenja: _____ Razred: _____

Očevo ime: _____ Ime i djev. prezime majke: _____

Točan naslov (**adresa**) stanovanja: _____

Kućni brojglas (**telefon**): _____ Natel: _____

Mjesto i nadnevak: _____ Roditelj: _____