



Affidavit concerning the reception Of the Sacraments:

Baptism, First Communion, Confirmation and
Marriage in the Catholic Church

Affidavit of Witness for: _____

(Petitioner's Name)

1. Full Name (Person filling out this form): _____

Address: _____

City _____ State _____ Zip _____ Tel. /Cell # _____

2. What is your relationship to the person whose name appears above (Petitioner)? _____

3. Did this person receive the Sacrament of:

Baptism ☐ Yes ☐ No

If yes, **When?** _____

Name of the Church: _____

Church Location: _____

Were you a witness to this event? ☐ Yes ☐ No ☐

First Communion ☐ Yes ☐ No

If yes, **When?** _____

Name of the Church: _____

Church Location: _____

Were you a witness to this event? ☐ Yes ☐ No ☐

Confirmation ☐ Yes ☐ No

If yes, **When?** _____

Name of the Church: _____

Church Location: _____

Were you a witness to this event? ☐ Yes ☐ No ☐

Roman Catholic Marriage ☐ Yes ☐ No

If yes, **When?** _____

Name of the Church: _____

Church Location: _____

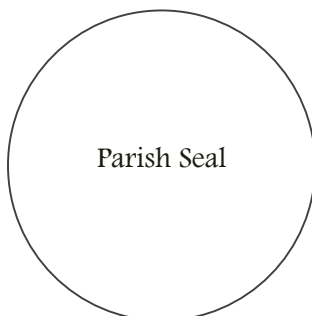
Name of Spouse: _____

Were you a witness to this event? ☐ Yes ☐ No ☐

4. By my signature, I hereby affirm the truth of all statements I have made on this form:

Signature of Witness

Date



Signature Priest or Deacon

Parish: HOLY INNOCENTS CATHOLIC CHURCH

Address: 13230 EL EVADO ROAD

City/State: VICTORVILLE, CA 92392

Telephone: 760-955-6010



Declaración Jurada Sobre la Recepción **De los Sacramentos**

Bautismo, Primera Comunión, Confirmación
y/o Matrimonio Católico

Declaración jurada por el testimonio de: _____
(Nombre del interesado)

1. Su nombre completo (la persona que llena este formulario): _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ #Tel. _____

2. ¿En qué forma está usted relacionado con la persona nombrada? _____

3. Ésta persona ha recibido los sacramentos de:

Bautismo ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿cuándo? _____

Nombre de la Iglesia: _____

Lugar de la iglesia: _____

¿Usted fue testigo de este evento? ☐ Si ☐ No ☐

Primera Comunión ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿cuándo? _____

Nombre de la Iglesia: _____

Lugar de la iglesia: _____

¿Usted fue testigo de este evento? ☐ Si ☐ No ☐

Confirmación ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿cuándo? _____

Nombre de la Iglesia: _____

Lugar de la iglesia: _____

¿Usted fue testigo de este evento? ☐ Si ☐ No ☐

Matrimonio Católico Romano ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿cuándo? _____

Nombre de la Iglesia: _____

Lugar de la iglesia: _____

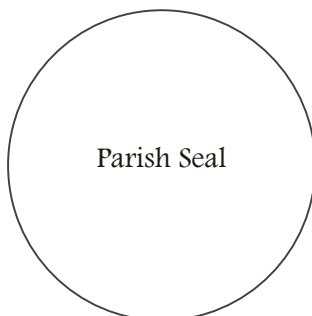
Nombre de Esposo(a): _____

¿Usted fue testigo de este evento? ☐ Si ☐ No ☐

4. Con mi firma, yo declaro la verdad de los testimonios que he hecho en la presente:

Firma del Testigo

Fecha



Firma del Pastor o Diácono

Parroquia: HOLY INNOCENTS CATHOLIC CHURCH

Dirección: 13230 EL EVADO ROAD

Ciudad/Estado: VICTORVILLE, CA 92392

Teléfono: 760-955-60010