



**PAROISSE SAINT-THOMAS D'AQUIN**  
**SAINT THOMAS AQUINAS PARISH**  
413, rue Main, Hudson, QC J0P 1H0  
Tel: 450-458-5322 / Fax: 450-458-5912

## Inscription pour la Préparation aux Sacrements

### CONFIRMATION – 2024/2025

*\* Les enfants doivent avoir reçu les sacrements du Pardon et de l'Eucharistie et doivent être en 6e année scolaire ou plus avant de commencer leur préparation pour la Confirmation*

**NOM DE L'ENFANT:** \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom(s)

**NOM D'ÉCOLE:** \_\_\_\_\_ **NIVEAU SCOLAIRE:** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DATE DU BAPTÊME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd / mm / aaaa dd / mm / aaaa

**NOM DE L'ÉGLISE DU BAPTÊME:** \_\_\_\_\_  
Nom  
\_\_\_\_\_  
Ville Province/État Pays

**NOM DE LA MÈRE:** \_\_\_\_\_  
Nom de famille (à la naissance) Prénom

**NOM DU PÈRE:** \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_  
No. Civique Rue # Appartement  
\_\_\_\_\_  
Ville Province Code Postal

**ADRESSE COURRIEL:** \_\_\_\_\_

**NO. DE TÉLÉPHONE #:** \_\_\_\_\_ **AUTRE NO. DE TÉLÉPHONE #:** \_\_\_\_\_

\* Est-ce que votre enfant souffre d'allergies alimentaires:  NON  
 OUI Veuillez énumérer les aliments : \_\_\_\_\_

**NOM DU PARRAIN OU DE LA MARRAINE DE LA CONFIRMATION:**  
*\*doit être baptisé(e) catholique et confirmé) et doit être 16 ans ou plus*  
\_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

**COÛT À PAYER: 90.00 \$**

*(prendre note que les coûts sont strictement reliés aux livres et matériaux fournis et ce au prix coûtant de la paroisse)*

**Comptant**  **# de Chèque** \_\_\_\_\_ (veuillez faire votre chèque payable à Paroisse St-Thomas d'Aquin)

**UNE COPE DU CERTIFICAT DE BAPTÊME DOIT ÊTRE ANNEXÉ AVEC LE FORMULAIRE DE L'INSCRIPTION.**