**FORMULARZ ZGŁOSZENIA CHRZTU DZIECKA**

*My, niżej podpisani, prosimy o udzielenie sakramentu chrztu św. naszemu dziecku,   
które pragniemy wychować w wierze katolickiej.*

Data chrztu: ………………………………………… dzień tygodnia: ……………………  
W czasie Mszy św. o godz. …………….. / poza Mszą św. o godz. ………………  
Nauka przed chrztem: ……………………………….. godz. ……………….  
  
**Dziecko:** Nazwisko: …………………………………………………………………………………..………..  
Imiona dziecka: ………………………………………………………………….………..………………..…..  
Data i miejscowość urodzenia dziecka: ………………… 20….. r w ……………….…..………  
Odpis Aktu urodzenia – nr \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ USC w ……………………………….…………..  
Ślub kościelny ojca i matki dziecka: …………………… 20….. r. w ……………….……………..  
Ślub cywilny ojca i matki dziecka: …………………… 20….. r. w …………….………………..  
  
**Ojciec**: Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….………..….. Telefon: .………..……..

**Matka**: Nazwisko i imię: ……………..………………………………………………………………………  
Nazwisko panieńskie: ……………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….………..….. Telefon: .………..……..

**Ojciec chrzestny**: Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….….. Stan cywilny: .………..…….... **Matka chrzestna**: Nazwisko i imię: …………………………..…………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….….. Stan cywilny: .………..…….... *Zgodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
podpis ojca dziecka  podpis matki dziecka

Szafarz sakramentu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA CHRZTU DZIECKA**

*My, niżej podpisani, prosimy o udzielenie sakramentu chrztu św. naszemu dziecku,   
które pragniemy wychować w wierze katolickiej.*

Data chrztu: ………………………………………… dzień tygodnia: ……………………  
W czasie Mszy św. o godz. …………….. / poza Mszą św. o godz. ………………  
Nauka przed chrztem: ……………………………….. godz. ……………….  
  
**Dziecko:** Nazwisko: …………………………………………………………………………………..………..  
Imiona dziecka: ………………………………………………………………….………..………………..…..  
Data i miejscowość urodzenia dziecka: ………………… 20….. r w ……………….…..………  
Odpis Aktu urodzenia – nr \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ USC w ……………………………….…………..  
Ślub kościelny ojca i matki dziecka: …………………… 20….. r. w ……………….……………..  
Ślub cywilny ojca i matki dziecka: …………………… 20….. r. w …………….………………..  
  
**Ojciec**: Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….………..….. Telefon: .………..……..

**Matka**: Nazwisko i imię: ……………..………………………………………………………………………  
Nazwisko panieńskie: ……………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….………..….. Telefon: .………..……..

**Ojciec chrzestny**: Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….….. Stan cywilny: .………..…….... **Matka chrzestna**: Nazwisko i imię: …………………………..…………………………………………  
Zawód: ……………………………… Wiek: …… Wyznanie: …………………………………….…….  
Zamieszkały: Kraj …………………. Ulica: ……………………………..………..………….. Nr …....   
Kod Pocztowy: …………… Miejscowość: ……………….….. Stan cywilny: .………..…….... *Zgodność powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:*

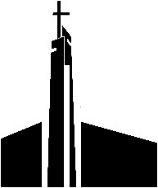
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
podpis ojca dziecka  podpis matki dziecka

Szafarz sakramentu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_ CO WARTO WIEDZIEĆ?** \_\_\_

1. **Najpóźniej na tydzień przed datą chrztu** do kancelarii przynosimy:  
   1. Wypełniony i podpisany Formularz Zgłoszenia chrztu dziecka.
   2. Odpis skrócony Aktu Urodzenia dziecka lub analogiczny dokument zagraniczny
   3. **Jeśli rodzice chrzestni są spoza naszej parafii** należy dołączyć zaświadczenie o możliwości bycia chrzestnym podpisane przez ich proboszcza.
   4. **Jeśli rodzice nie są naszymi parafianami (nie mieszkają na terenie naszej parafii)** należy dołączyć zgodę na chrzest dziecka poza uprawnioną parafią podpisaną przez ich proboszcza.
2. **Chrzty odbywają się** zazwyczaj w I i III niedzielę miesiąca podczas   
   Mszy Św. o godz. 12:30 i w II sobotę miesiąca na Mszy św. o godz. 16:00.   
   W sytuacjach wyjątkowych, gdy zachodzi ważna przyczyna, chrzest może odbyć się   
   w innym dniu za wiedzą i zgodą ks. Proboszcza.
3. **Nauki przedchrzcielne** odbywają się w soboty przed I i III niedzielą miesiąca   
   o godz. 16:30 w Sali nr 6, na parterze Domu Katechetycznego. Uczestniczyć w nich powinni rodzice i rodzice chrzestni.
4. **Ofiarę za chrzest** składamy w kancelarii przed lub do tygodnia od daty ceremonii chrzcielnej w kwocie, którą uznajemy za stosowną („co łaska”) .
5. Nie jest przeszkodą do chrztu dziecka **brak ślubu kościelnego** jego rodziców.   
   Konieczna jednak będzie rozmowa z ks. Proboszczem lub ks. Wikariuszem.
6. **Ojcem chrzestnym/matką chrzestną** może zostać jedynie osoba   
   wyznania katolickiego, która:
   1. Ma ukończone 16 lat.
   2. Jest wzorem życia i wyznawania wiary katolickiej.
   3. Ma przyjęty sakrament bierzmowania.
   4. Nie żyje w związku niesakramentalnym.
   5. Nie jest obłożona karami kościelnymi.
7. **Duszpasterze i Pracownicy kancelarii udzielają wszelkich informacji**   
   w godzinach otwarcia kancelarii – osobiście, pocztowo, telefonicznie lub mailowo.
8. **Kancelaria parafialna czynna jest:** w poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek,   
    w godzinach: 8:30 – 9:30 i 16:00 – 17:30.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rzymskokatolicka Parafia  
Podwyższenia Krzyża Św. i Matki Bożej Częstochowskiej**

43-200 Pszczyna, ul. M. Skłodowskiej- Curie 1

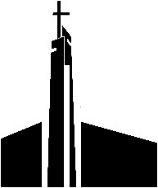
Tel. 32 210 21 69 pszczyna.krzyz@archidiecezjakatowicka.pl

parafiapszczyna.pl fb.com/nowafara

**\_\_\_ CO WARTO WIEDZIEĆ?** \_\_\_

1. **Najpóźniej na tydzień przed datą chrztu** do kancelarii przynosimy:  
   1. Wypełniony i podpisany Formularz Zgłoszenia chrztu dziecka.
   2. Odpis skrócony Aktu Urodzenia dziecka lub analogiczny dokument zagraniczny
   3. **Jeśli rodzice chrzestni są spoza naszej parafii** należy dołączyć zaświadczenie o możliwości bycia chrzestnym podpisane przez ich proboszcza.
   4. **Jeśli rodzice nie są naszymi parafianami (nie mieszkają na terenie naszej parafii)** należy dołączyć zgodę na chrzest dziecka poza uprawnioną parafią podpisaną przez ich proboszcza.
2. **Chrzty odbywają się** zazwyczaj w I i III niedzielę miesiąca podczas   
   Mszy Św. o godz. 12:30 i w II sobotę miesiąca na Mszy św. o godz. 16:00.   
   W sytuacjach wyjątkowych, gdy zachodzi ważna przyczyna, chrzest może odbyć się   
   w innym dniu za wiedzą i zgodą ks. Proboszcza.
3. **Nauki przedchrzcielne** odbywają się w soboty przed I i III niedzielą miesiąca   
   o godz. 16:30 w Sali nr 6, na parterze Domu Katechetycznego. Uczestniczyć w nich powinni rodzice i rodzice chrzestni.
4. **Ofiarę za chrzest** składamy w kancelarii przed lub do tygodnia od daty ceremonii chrzcielnej w kwocie, którą uznajemy za stosowną („co łaska”) .
5. Nie jest przeszkodą do chrztu dziecka **brak ślubu kościelnego** jego rodziców.   
   Konieczna jednak będzie rozmowa z ks. Proboszczem lub ks. Wikariuszem.
6. **Ojcem chrzestnym/matką chrzestną** może zostać jedynie osoba   
   wyznania katolickiego, która:
   1. Ma ukończone 16 lat.
   2. Jest wzorem życia i wyznawania wiary katolickiej.
   3. Ma przyjęty sakrament bierzmowania.
   4. Nie żyje w związku niesakramentalnym.
   5. Nie jest obłożona karami kościelnymi.
7. **Duszpasterze i Pracownicy kancelarii udzielają wszelkich informacji**   
   w godzinach otwarcia kancelarii – osobiście, pocztowo, telefonicznie lub mailowo.
8. **Kancelaria parafialna czynna jest:** w poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek ,  
    w godzinach: 8:30 – 9:30 i 16:00 – 17:30.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rzymskokatolicka Parafia  
Podwyższenia Krzyża Św. i Matki Bożej Częstochowskiej**

43-200 Pszczyna, ul. M. Skłodowskiej- Curie 1

Tel. 32 210 21 69 pszczyna.krzyz@archidiecezjakatowicka.pl

parafiapszczyna.pl fb.com/nowafara