

St. George Chaldean Catholic Church & Centre
1 Cooper St, Campbellfield VIC 3061
Mob: 0426 840 114
Telephone: (03) 9308 6239
stgeorgeparish@chaldeanusnz.com



St. George Chaldean Church Parish - Melbourne Parish Members Registration Form

Spouse Full Name (أسم الزوج الكامل) Place of Birth (مكان الولادة) Date of Birth (تاريخ الميلاد)

Religion \ Rite (الديانة/الطائفة) Occupation (المهنة) Date Arrived in Australia (تاريخ دخول استراليا)

Contact Number (رقم الهاتف) Email (البريد الالكتروني) Original Region (القرية / المدينة)

Spouse Full Name (أسم الزوجة الكامل) Place of Birth (مكان الولادة) Date of Birth (تاريخ الميلاد)

Religion \ Rite (الديانة/الطائفة) Occupation (المهنة) Date Arrived in Australia (تاريخ دخول استراليا)

Contact Number (رقم الهاتف) Email (البريد الالكتروني) Original Region (القرية / المدينة)

Marital Status: Single Married Divorced Widowed Separate
(أعزب) (متزوج) (بطلان زواج) (أرمل) (إنفصال)

Place of Marriage (محل الاحتفال بالزواج) Date Of Marriage (تاريخ الزواج)

Home Address (العنوان) Suburb (المنطقة) State (الولاية) Postcod (رقم البريدي)

Family Members:

1. Name (الأسم الكامل) Gender (الجنس) M F

Place of Birth (مكان الولادة) Date of Birth (تاريخ الولادة) Date of Baptism (تاريخ العماد)

Occupation (المهنة) Contact Number (رقم الهاتف) Email (البريد الالكتروني)

2. Name (الأسم الكامل) Gender (الجنس) M F

Place of Birth (مكان الولادة) Date of Birth (تاريخ الولادة) Date of Baptism (تاريخ العماد)

Occupation (المهنة) Contact Number (رقم الهاتف) Email (البريد الالكتروني)

Family Members:

M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
3. Name (الأسم الكامل) Gender (الجنس)		
Place of Birth (مكان الولادة)	Date of Birth (تاريخ الولادة)	Date of Baptism (تاريخ العماد)
Occupation (المهنة)	Contact Number (رقم الهاتف)	Email (البريد الالكتروني)

M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
4. Name (الأسم الكامل) Gender (الجنس)		
Place of Birth (مكان الولادة)	Date of Birth (تاريخ الولادة)	Date of Baptism (تاريخ العماد)
Occupation (المهنة)	Contact Number (رقم الهاتف)	Email (البريد الالكتروني)

M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
5. Name (الأسم الكامل) Gender (الجنس)		
Place of Birth (مكان الولادة)	Date of Birth (تاريخ الولادة)	Date of Baptism (تاريخ العماد)
Occupation (المهنة)	Contact Number (رقم الهاتف)	Email (البريد الالكتروني)

M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
6. Name (الأسم الكامل) Gender (الجنس)		
Place of Birth (مكان الولادة)	Date of Birth (تاريخ الولادة)	Date of Baptism (تاريخ العماد)
Occupation (المهنة)	Contact Number (رقم الهاتف)	Email (البريد الالكتروني)

Any Deceased in the family member? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		* هل من متوفي بين افراد الاسرة؟
Any Special needs in the family member? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		* هل يوجد من بين أفراد الاسرة من ذو الاحتياجات الخاصة؟
Name: (الأسم)	Relationship (صلة القرابة)	Description (الحالة)
1.		Deceased <input type="checkbox"/> Special Needs <input type="checkbox"/>
2.		Deceased <input type="checkbox"/> Special Needs <input type="checkbox"/>
3.		Deceased <input type="checkbox"/> Special Needs <input type="checkbox"/>

Notes: (ملاحظات)

Form Filled by (أسم ماليء الاستمارة)	Church File Number: (Church use only) (تملا من قبل ادارة الكنيسة)
Signature (التوقيع)	Date (التاريخ)