



**RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION:
RITE OF CHRISTIAN INITIATION FOR CHILDREN (RCIC)
INSCRIPCION DE EDUCACION RELIGIOSA:
RITO DE INICIACIÓN CRISTIANA PARA NIÑOS (RCIC)
2022-2023**

STUDENT INFORMATION

Child's Name/Nombre de Niño: _____ Last Name/Apellido: _____

Sex/Sexo: Male/Masculino Female/Femenino

Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____

City of Birth/Cuidad de Nacimiento: _____

Siblings in the program/Hermanos en el programa: Yes/Si No

If yes, please list the name/En caso afirmativo, indique el nombre: _____

2022-2023 School Grade/Grado: _____

Year/Año: First Year/Primer Año Second Year/Segundo Año

****Please have your children arrive at least 10 minutes early for class/ Haga que sus hijos lleguen al menos 10 minutos antes de la clase.**

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Family Last Name/Apellido de Familia: _____ Envelope #/# de Sobre: _____

Father/Padre/Guardian: _____

Mother/Madre/Guardian: _____ Maiden Name/Nombre de Soltera: _____

Address/Dirección: _____ City/Cuidad: _____

Zip Code/Código Postal: _____ Home Telephone: _____

Father/Padre:

Mother/Madre:

Cell #: _____

Cell #: _____

Work #: _____

Work #: _____

Email: _____

Email: _____

If either parent has a different address, please indicate who and their address/Si alguno de los padres tiene una dirección diferente, indique quién y su dirección:

Who/Quién: _____

Address/Dirección: _____

****Parents must get out of their vehicles to sign their child in and out for every class.**
****Los padres deben salir de sus vehículos para inscribir y sacar a su hijo para cada clase.**

Registration

- You must register your child every year. Fees must be paid for non-parishioners or for late registrations.

Sacraments

- The Sacrament of Reconciliation is received at the end of the second year.
- Attend the evaluation with their child, if considered necessary.
- There is a retreat in preparation for the Sacrament of Reconciliation for both the student and parent, the recommended donation for this retreat is \$10.00 per family and will be collected prior to the retreat.
- The Sacrament of Eucharist is received at the end of the second year.
- Sponsors are not required for the Sacrament of Eucharist. We understand that some cultures have the tradition of having a godparent for the Sacrament of the Eucharist, they are welcome to attend the mass but there will be no recognition of the godparent at the Mass or on their certificate.
- There is a retreat in preparation of the Sacrament of the Eucharist for both the student and parent, the recommended donation for this retreat is \$10.00 per family and will be collected prior to the retreat.

General Meeting

- The General Meeting is **mandatory**. The dates to attend are either *Monday, September 19, 2022 from 6:00pm to 7:30pm* or *Monday, September 26, 2022 from 6:00pm-7:30pm*. Both meetings will be provided in both English and Spanish.

Parent Initials: _____

Date: _____

Mass

- Mass is a vital part of our Catholic Faith; the children **MUST** attend Mass each Sunday at St. Joseph (Upland). Verification will be determined by the parents envelope.

Parent Initials: _____

Date: _____

Conduct

- Students will not be disrespectful toward any adult leader, church property and/or peers.
- Students will remain respectful while attending sessions and show reverence to God– inappropriate behavior will not be tolerated.
- When bringing cell phones, they must remain **OFF**.
- Students are expected to wear appropriate clothing and to remove all hats while in church/class.
- No student will be allowed to leave during class unless a parent obtains permission from a staff member.
- Any student displaying questionable behavior will be sent to the Director of Religious Education's office, a phone call will be made to parents, and if the behavior is continued, a meeting with the Pastor, Director of Religious Education, and parents will be made.

Parent Initials: _____

Date: _____

Safe Touch Program

The Diocese of San Bernardino requires all parishes to present a sexual abuse prevention program, the VITRUS Touching Safety Program, to all children/youth/teens. We will present the Safe Touch Program during the months of November & February; this program is provided to us by the Diocese of San Bernardino and is a part of our ongoing effort to help create and maintain a safe environment for children and to protect all children from sexual abuse. The Diocese expects 100% compliance. If you would like to look at the material before your child is taught this presentation, please contact Diana Puerto at dpuerto@sbdioocese.org (909) 981-8110x29.

Parent Initials: _____

Date: _____

Photo Release

I hereby authorize the use of photographs and video of my child in the Religious Education Program for online services, parish bulletin, Instagram, & Facebook of said session and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I hereby waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit if to control such making or use.

By checking this box, **I DO** authorize any photos of my child as well as his/her usage of the online services mentioned above.

By checking this box, **I DO NOT** authorize any photos of my child as well as his/her usage of the online services mentioned above.

Parent Initials: _____

Date: _____

Registro

- Debe registrar a su hijo cada año. Se cobrará una tarifa a los no feligreses o por inscripciones tardías.

Sacramentos

- El Sacramento de la Reconciliación se recibe al final del segundo año.
- Asistir a la evaluación con su hijo, si lo considera necesario.
- Hay un retiro en preparación para el Sacramento de la Reconciliación tanto para el estudiante como para los padres, la donación recomendada para este retiro es de \$10.00 por familia y se recolectará antes del evento.
- El Sacramento de la Eucaristía se recibe al final del segundo año.
- No se requieren patrocinadores para el Sacramento de la Eucaristía. Entendemos que algunas culturas tienen la tradición de tener un padrino para el Sacramento de la Eucaristía, son bienvenidos a asistir a la misa pero no habrá reconocimiento del padrino en la Misa o en su certificado.
- Hay un retiro en preparación del Sacramento de la Eucaristía tanto para el estudiante como para los padres, la donación recomendada para este retiro es de \$10.00 por familia y se recolectará antes del evento.

Junta General

- La Junta General es **obligatoria**. Las fechas para asistir son *el lunes 19 de septiembre de 2022 de 6:00 p.m. a 7:30 p.m.* o *el lunes 26 de septiembre de 2022 de 6:00 p.m. a 7:30 p.m.* Ambas reuniones se ofrecerán tanto en inglés como en español.

Iniciales de los padres: _____ Fecha: _____

Misa

- La Misa es una parte vital de nuestra fe católica; los niños **DEBEN** asistir a misa cada domingo en San Jose (Upland). La verificación será determinada por el sobre de los padres.

Iniciales de los padres: _____ Fecha: _____

Conducta

- Los estudiantes no serán irrespetuosos con ningún líder adulto, propiedad de la iglesia y / o compañeros.
- Los estudiantes permanecerán respetuosos mientras asisten a las sesiones y mostrarán reverencia a Dios; el comportamiento inapropiado no será tolerado.
- Al traer teléfonos celulares, deben permanecer **APAGADOS**.
- Se espera que los estudiantes usen ropa apropiada y se quiten todos los sombreros mientras están en la iglesia / clase.
- A ningún estudiante se le permitirá salir durante la clase a menos que un padre obtenga el permiso de un miembro del personal.
- Cualquier estudiante que muestre un comportamiento cuestionable será enviado a la oficina del Director de Educación Religiosa, se hará una llamada telefónica a los padres y, si el comportamiento continúa, se realizará una reunión con el Pastor, el Director de Educación Religiosa y los padres.

Iniciales de los padres: _____ Fecha: _____

Programa Safe Touch

La Diócesis de San Bernardino requiere que todas las parroquias presenten un programa de prevención de abuso sexual, el Programa de Seguridad de Tocamientos VITRUS, a todos los niños / jóvenes / adolescentes. Presentaremos el Programa Safe Touch durante los meses de noviembre y febrero; este programa nos es proporcionado por la Diócesis de San Bernardino y es parte de nuestro esfuerzo continuo para ayudar a crear y mantener un ambiente seguro para los niños y para proteger a todos los niños del abuso sexual. La Diócesis espera un cumplimiento del 100%. Si desea ver el material antes de que a su hijo se le enseñe esta presentación, comuníquese con Diana Puerto en dpuerto@sbdiocese.org/ (909) 981-8110x29.

Iniciales de los padres: _____ Fecha: _____

Lanzamiento de fotos

Por la presente autorizo la realización de fotografías y video del uso de los servicios en línea, boletín parroquial, Instagram y Facebook de dicha sesión y la participación de mi hijo en la misma, y la publicación y duplicación u otro uso de los mismos. Por la presente, renuncio a cualquier derecho a compensación o cualquier derecho que de otro modo podría tener que limitar si controlo dicha fabricación o uso.

Al marcar esta casilla, **SÍ** autorizo cualquier foto de mi hijo, así como su uso de los servicios en línea mencionados anteriormente.

Al marcar esta casilla, **NO** autorizo ninguna foto de mi hijo, así como su uso de los servicios en línea mencionados anteriormente.

Iniciales de los padres: _____ Fecha: _____

**PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT,
CODE OF CONDUCT, PHOTO RELEASE, & ONLINE SERVICES**

(Parish Selected Platforms)

I.E. ZOOM, GO TO MEETING, SCHOLOGY, GOOGLE CLASSROOM, SOCIAL MEDIA ACCOUNT, etc.

DIOCESE OF SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave., San Bernardino, Ca 92404-4641 (909)475-5300
CATHOLIC MUTUAL GROUP 1201 E. Highland Ave., San Bernardino, CA 92404-3972 (909)886-6001

(Parish Name, Address, and Phone)

FAITH FORMATION CLASS _____

PLEASE PRINT

INFORMATION

Location: _____

****Please check one:**

Adult (18 and older)

Youth (under 18)

Phone: _____

Date & Time of Activity: _____ **Cost:** _____

Participant's Name: _____ Date of Birth: _____

Parent/Legal Guardian's Name: _____

Phone #: _____ Cell or Work #: _____

Emergency Contact Name: _____ Phone #: _____

Family Physician: _____ Phone #: _____

Insurance Company: _____ Policy No: _____

MEDICAL LIABILITY

Allergies/Medical Problems/Disabilities: _____

Is the participant taking any over the counter or prescriptions drugs? **Please list and print clearly**

(Use another sheet if necessary) _____

Please list any Allergies to medication or foods _____

I also understand that in the event medical intervention is necessary, every attempt will be made to contact immediately the persons listed on this form. If I cannot be reached in an emergency during the activity dates shown on this form, I give my permission to the physician or dentist selected by the activity leader to hospitalize, to secure medical treatment and/ order an injection, anesthesia, or surgery for my child as deemed necessary.

I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by: _____

(Coordinators Name & Phone #) and its agents during the events and activities. I understand the possibility of unforeseen hazards and know there is the inherent possibility or risk. **I agree not to hold,**

_____ *(Location Name & Parish Name)*, **its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

CONDUCT

I understand that by signing this form I/my child agree(s) to cooperate and participate fully, that I/my child will show respect for the property visited, respect for neighbor, that I/my child will show respect for the law and practice safety skills at all times. By failing to meet this code of conduct, I/my child am/are aware that appropriate action may be taken and arrangements may be made for immediate removal from the event.

DIGITAL

I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, voice recording, usage of online services

_____ *(Parish selected platform(s) used for sessions)* or other memorializing of said session and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I hereby waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit if to control such making or use.

PERMISSION

By checking this box, I **DO** authorize any photos, videotapes, and voice recordings of my child as well as his/her usage of the online services mentioned above. *Initials of Adult filling out form* _____ *Date* _____

By checking this box, I **DO NOT** authorize any photos, videotapes, and voice recordings of my child as well as his/her usage of the online services mentioned above. *Initials of Adult filling out form* _____ *Date* _____

Parent/ Guardian Signature Required for minors under 18 _____
Date

Signature of Participant Required (Youth or Adult) _____
Date

**CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO,
CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS Y DISTRIBUCIÓN DE INTERNET
(Plataforma Digital Seleccionado)**

I.E. ZOOM, GO TO MEETING, SCHOOLGY, GOOGLE CLASSROOM, CUENTA DE REDES SOCIAL, etc.

**DIOCESIS DE SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5300
CATHOLIC MUTUAL GROUP 1201 E. Highland Avenue, San Bernardino, CA 92404-3972 (909) 886-6001**

(Nombre de su Parroquia, Dirección, y Número de teléfono)

POR FAVOR ESCRIBA
EN LETRA DE MOLDE

Información Personal

CLASE DE FORMACIÓN: _____ (Nombre del evento)

Por favor marque uno:

Lugar: _____ Adulto (mayor de 18 años)
 Joven (menor de 18 años)

Teléfono: _____ Fecha _____

y horario de la actividad: _____ Costo: _____

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre o Guardián Legal: _____ # de teléfono: _____ Celular o Trabajo: _____

En caso de una emergencia favor de llamar a: _____ # de teléfono _____

Doctor de la familia: _____ # de teléfono: _____

Compañía de seguro: _____ Numero de póliza: _____

Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente (Si es necesario use otra hoja de papel)

Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: (Si es necesario use otra hoja de papel).

También entiendo que en el caso de que se requiera intervención medica, todo esfuerzo se hará para contactar a la persona que esta mencionada en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia durante las fechas del evento mencionadas en esta forma, yo le doy permiso al medico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento medico y/o inyección, anestesia, o cirugía que sea necesaria para mi hijo/a.

Consentimiento de tratamiento

Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por _____ (Nombre del coordinado, Nombre de localidad, y nombre de parroquia y numero de teléfono) y sus agentes durante el evento y sus actividades. Entiendo la posibilidad de algún peligro imprevistos y se que hay una posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo a no hacer responsables a _____ (Nombre de localidad, y nombre de parroquia), a sus lideres, empleados y voluntarios** por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.

Código de Conducta

Yo entiendo que al firmar esta forma mi hijo/a y yo aceptamos cooperar y participar enteramente, que mi hijo/a y yo seremos respetuosos hacia la propiedad que visitemos, respetuosos a los vecinos, también demostraremos respeto por las leyes y practicaremos hábitos de seguridad a toda hora. Al no cumplir con el código de conducta mi hijo/a y yo sabemos que la acción apropiada tomará lugar y todo se arreglará para que nos podamos ir inmediatamente del evento.

Permiso Digital

Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación de voz, distribución de internet, uso de plataformas digitales seleccionando por la parroquia _____ u otra clase de conmemoración del dicho evento y la participación de mi hijo/a allí dentro, y la publicación y duplicación o cualquier otro uso de lo mismo. Yo renuncio a mis derechos de compensación o a cualquier derecho del que yo pueda limitar o controlar la confección o uso.

Yo **SI autorizo** que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a y que puede participar en las sesiones digitales ya mencionado en este documento. **Iniciales del Adulto:** _____ **Fecha:** _____

Yo **NO autorizo** que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a y NO puede participar en las sesiones digitales ya mencionado en este documento. **Iniciales del Adulto:** _____ **Fecha:** _____

Firma de Permiso

Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años

Fecha

Firma del Participante (Joven o Adulto)

Fecha