

**ST. FRANCES X. CABRINI CHURCH**  
**RELIGIOUS ED REGISTRATION ADULT 2022-2023**  
**RCIA ADULT /1ST EUCHARIST/CONFIRMATION SACRAMENTS**

Date: \_\_\_\_\_

FULL NAME	SEX	SINGLE - MARRIED	DATE OF BIRTH & CITY	BAPTISM YES-NO	BAPTISM DATE & CITY	EUCHARIST 1st. COMMUNION YES-NO	CONFIRMATION ADULT 18+ YES-NO

-----  
Candidate Full Name

-----  
Parents Full Name

-----  
Address

-----  
City & State

-----  
Zip Code

-----  
Cellphone Num.

-----  
*Emergency Contact Name & Phone Num*

-----  
**Email**

-----  
Candidate Signature

-----  
Date

**REQUIRED DOCUMENTS**

**Registration Fee \$30.00**

**Fee Paid \$ \_\_\_\_\_**

- \* Copy of Birth Certificate
- \* Copy of Baptismal Certificate ( If Applicable)
- \* Copy of First Communion ( If Applicable)

*-Documents must be submitted in order to compete registration*

**RCIA** process is intended for: unbaptized persons; persons baptized in another Christian religion; and Baptized Catholics who have not received the Sacraments of Penance, First Eucharist and/ Confirmation. Group inquiry sessions to be announce.

*OFFICE USE ONLY*

*RCIA* \_\_\_\_\_

*PF* \_\_\_\_\_

*EUCHARIST* \_\_\_\_\_

*CONFIRMATION* \_\_\_\_\_

CCM \_\_\_\_\_  
DEACON \_\_\_\_\_

**ST. FRANCES X. CABRINI CHURCH**  
**REGISTRACIÓN DE EDUCACIÓN RELIGIOSA ADULTO 2022-2023**  
**RICA ADULTO EUCARISTIA/CONFIRMACION**

Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO	SEXO	CASADO - SOLTERO	FECHA DE NACIMIENTO Y CIUDAD	BAUTISMO SI/NO	FECHA DE BAUTISMO Y CIUDAD	EUCARISTIA 1era. COMUNION SI/NO	CONFIRMACION ADULTO 18+ SI/NO

Nombre Completo

Nombre completo de los padres

Dirección

Ciudad y Estado

Código Postal

Num. De Celular

Nombre y numero de contacto de Emergencia

Correo electrónico/ Email

Firma del Candidato

Fecha

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

**Cargos de registracion \$30.00      Cargo Pagado \$ \_\_\_\_\_**

- \* Copia de certificado de nacimiento
  - \* Copia de certificado de Bautismo( Si es applicable)
  - \* Copia del certificado de 1era Comunion ( Si es applicable)
- Los documentos deben presentarse para completar la registraci3n.**

El proceso de RICA est3 destinado a: personas no bautizadas; personas bautizadas en otra religi3n cristiana; y Cat3licos bautizados que no han recibido los Sacramentos de la Penitencia, Primera Eucaristía y Confirmaci3n. Sesiones de consulta grupal que se anunciarán mas adelante

*OFFICE USE ONLY*

RICA \_\_\_\_\_

PF \_\_\_\_\_

EUCARISTIA \_\_\_\_\_

CONFIRMACION \_\_\_\_\_

CCM \_\_\_\_\_  
DEACON \_\_\_\_\_

**St. Frances X Cabrini Church, Yucaipa, Ca**  
**PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT,**  
**CODE OF CONDUCT, PHOTO RELEASE, & ONLINE SERVICES**

*(ZOOM, SCHOOLOGY, GOOGLE CLASSROOM, YOUTUBE, INSTAGRAM, FACEBOOK, FORMED, TIK TOK, REMIND)*

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  
 ST FRANCES X CABRINI CHURCH 12687 CALIFRONIA ST., YUCAIPA, Ca 92399 ( 909) 797-2533

INFORMATION

MEDICAL LIABILITY

CONDUCT

DIGITAL

PERMISSION

FAITH FORMATION CLASS : Religious Education

PLEASE PRINT

Location: To be Determined

**\*\*Please check one:**  
 Adult (18 and older)  
 Youth (under 18)

Phone: 909-797-2533

Date & Time of Activity: Varies Cost: See attached

Participant(s) Name(s): \_\_\_\_\_ Date of Birth: see additional documents attached

Parent/Legal Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Phone #: see additional documents attached Cell or Work #: see additional documents attached

Emergency Contact Name: see additional documents attached Phone #: see additional documents attached

Family Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy No: \_\_\_\_\_

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: Virginia Velazquez(CCM) and/or Antonio Contreras( YCCA) (909)797-2533 St. Frances X Cabrini Church 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, St Frances X Cabrini Church, its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

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.

I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, voice recording, usage of online services ZOOM, SCHOOLOGY, GOOGLE CLASSROOM, YOUTUBE, INSTAGRAM, FACEBOOK, FORMED, TIK TOK, REMIND 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.

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 \_\_\_\_\_

# St. Frances X Cabrini Church, Yucaipa, Ca

SESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO,  
 CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS Y DISTRIBUCIÓN DE INTERNET (*ZOOM, SCHOOLGY, GOOGLE  
 CLASSROOM, YOUTUBE, INSTAGRAM, FACEBOOK, FORMED, TIK TOK, REMIND*)

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  
 ST FRANCES X CABRINI CHURCH 12687 CALIFRONIA ST., YUCAIPA, Ca 92399 ( 909) 797-2533

POR FAVOR ESCRIBA  
 EN LETRA DE MOLDE

Información Personal	CLASE DE FORMACIÓN: Clases de Educacion Religiosa _____ (Nombre del evento) _____ Lugar: St Frances X Cabrini _____ Teléfono: 909-797-2533 _____ Fecha _____ y horario de la actividad: Lunes a Viernes _____ Costo: _____ Nombre (s) del(os) participante (s): _____ Fecha de nacimiento: Vea las formas anexas _____ Nombre del padre/madre o Guardián Legal: _____ de teléfono: _____ En caso de una emergencia favor de llamar a: Vea las formas anexas _____ # de teléfono Vea las formas anexas _____ 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 _____ Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: _____ 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 <u>Virginia Velazquez(CCM) y/ó Antonio Contreras( YC-CA) (909)797-2533 St. Frances X Cabrini Church</u> 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. <b>Estoy de acuerdo a no hacer responsables a, St Frances X Cabrini Church, a sus lideres, empleados y voluntarios</b> por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma. 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.
Código de Conducta	Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación de voz, distribución de internet, uso de plataformas digitales seleccionando por la parroquia <u>ZOOM, SCHOOLGY, GOOGLE CLASSROOM, YOUTUBE, INSTAGRAM, FACEBOOK, FORMED, TIK TOK, REMIND</u> 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.
Permiso Digital	<input type="checkbox"/> Yo <b>SI autorizo</b> 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. <b>Iniciales del Adulto:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____ <input type="checkbox"/> Yo <b>NO autorizo</b> 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. <b>Iniciales del Adulto:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____
Firma de Permiso	_____ Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años <span style="float: right;">Fecha _____</span> _____ Firma del Participante (Joven o Adulto) <span style="float: right;">Fecha _____</span>

# ST. FRANCES X. CABRINI CHURCH YUCAIPA

## PERMISSION/RELEASE FORM

**I/We** the parents/guardians of

\_\_\_\_\_

Child's Name (First, Last)

\_\_\_\_\_

Child's Name (First, Last)

\_\_\_\_\_

Child's Name (First, Last)

\_\_\_\_\_

Child's Name (First, Last)

request that our son(s)/daughter(s) be allowed to participate in faith formation sessions for St. Frances X. Cabrini Church of the Diocese of San Bernardino, which will be held at the parish.

In consideration for making the arrangements for this activity, we hereby release and save harmless the diocese, parish, their employees, officers and agents from any and all liability, suits, causes and claims arising to our son(s)/daughter(s) as a result of, or in connection with, this activity.

\*IN CASE OF INJURY OR RELATED EMERGENCY, WE AUTHORIZE THAT FIRST AID BE ADMINISTERED TO OUR CHILD/TEEN BY A PERSON QUALIFIED TO RENDER SUCH SERVICE, IF DEEMED NECESSARY BY THE ADULT COORDINATOR, STAFF, AND/OR CHAPERON.

*I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, recording, or other memorializing of said event and my 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 NOT** authorize any photos, videotapes or recordings of my child or myself.*

*Please NOTE allergies, special conditions:* (Condition followed by Child's Name)

\_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ # Cell/Phone: \_\_\_\_\_  
Please Print

Father's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ #Cell/Phone: \_\_\_\_\_  
Please Print

Home Phone #: \_\_\_\_\_ E-Mail Address: \_\_\_\_\_

Parent's Signature: \_\_\_\_\_

*I / We authorize the following persons to sign in when taking or picking up my child (ren) from classes of Religious education at St Frances X Cabrini:*

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

# ST. FRANCES X. CABRINI CHURCH YUCAIPA

## FORMA DE CONSENTIMIENTO/LIBERACIÓN

**Yo/Nosotros, los padres o guardianes de**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a (Nombre, Apellido)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a (Nombre, Apellido)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a (Nombre, Apellido)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a (Nombre, Apellido)

pedimos que se le permita a nuestro/a hijo o hija participar en las sesiones de educación religiosa en la iglesia de St. Frances X. Cabrini de la Diócesis de San Bernardino, que se llevaran a cabo en la parroquia.

En consideración de haber hecho los arreglos para esta actividad, nosotros liberamos a la diócesis, la parroquia, sus empleados, oficiales o agentes, de cualquier responsabilidad, demanda o reclamo que tiene que ver con nuestro/a hijo(s)/a(s) con respecto a esta actividad.

- ❖ EN CASO DE CUALQUIER HERIDA O EMERGENCIA RELACIONADA AL EVENTO, AUTORIZAMOS QUE PRIMEROS AUXILIOS SEAN ADMINISTRADO A NUESTRO/A HIJO(S) O HIJA(S) POR UNA PERSONA CALIFICADA PARA RENDIR ESTE TIPO DE SERVICIO Y CUANDO EL COORDINADOR ADULTO, EL PERSONAL O EL ACOMPAÑANTE LO VEA NECESARIO.

*Por este medio autorizo la fabricación de fotografías, películas, videos, grabaciones o cualquier conmemoración o evento, de mi participación en estos y de la publicación y duplicación u otros usos de esto. Por este medio renuncio a cualquier derecho o compensación, a cualquier otro derecho, de lo contrario podría tener que limitar para controlar de su uso o fabricación.*

*Marcando esta casilla, YO NO autorizo cualquier foto, video, o grabaciones de me hijo/hija o de mi persona.*

**Favor de MENCIONAR cualquier alergia o condición especial:** (Condición seguida por el nombre del niño/a)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ #Tel/ Celular: \_\_\_\_\_  
Favor de Imprimir

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ #Tel/ Celular: \_\_\_\_\_  
Favor de Imprimir

# De teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma de los Padres: \_\_\_\_\_

*Yo/Nosotros autorizamos a las siguientes personas para firmar al llevar o recoger a mi/s hijo/s de las clases de Educación Religiosa en St Frances X Cabrini:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_



# Empowering God's Children Youth Safe Environment Program Information Sheet & Opt-Out Option

8/11/2022

Dear Parents and Guardians,

In an effort to assist in the monumental mission of protecting children from abuse, **St Frances X Cabrini Church** is partnering with you to present a safe environment lesson to your youth within their youth program. It is our cherished role as adults to fully protect children. In addition, we must also teach children about their safety rights and boundaries, so that they have tools to protect themselves.

This school year, your child will be presented with a program entitled *Empowering God's Children*, in which Lesson Leaders present a safety lesson to children that houses a grade-appropriate video component along with a hands-on activity. The material is designed to better equip your child to know their rights, recognize their boundaries, and to empower them to protect themselves when safe adults are not immediately available—and ultimately be safer from people who might want to harm them. Youth will participate within one of the following lessons:

Lesson 1: *Physical Boundaries: Safe and Unsafe Touching Rules*

Lesson 2: *Safe Adults, Safe Touches and Special Safe Adults*

Lesson 3: *Boundaries: You Have Rights!*

Lesson 4: *Secrets, Surprises and Promises*

Lesson 5: *Being a Safe Friend*

As the primary educators of your children, parents and guardians are encouraged to review these materials ahead of time and discuss the information at home. If you have ever thought about how to empower children to protect themselves, fortify their boundaries or increase their safety through in-person and online situations, then reviewing the lessons on your own to both begin *and* reiterate the message at home is the best next step to take. Thank you for your partnership with us to protect youth.

### IMPORTANT INFORMATION:

*Date(s) of in-program training: 11/3, 11/4, 11/9*

*Makeup training dates: To be Determined Pending Absences*

*For questions, or to obtain access to the specific lesson and related activities, please communicate with: Virginia Velazquez - Coordinator of Religious Education (909) 797-2533*

**Only Sign if You Do Not Want Your Child To Attend Class.**

**Please note:** You also have the ability to “opt” the youth out of the formal in-program safety lesson if you only plan to provide safe environment education at home. Please complete, detach and submit the form below if you do not want your child to receive safe environment information via their youth program about ways to protect themselves. Your coordinator will reach out to you regarding relevant protocol, i.e., child separation from others during lesson, alternative activities, etc.

-----  
**TO OPT-OUT THE CHILD FROM THE SAFETY LESSON, RETURN THIS PORTION TO:**

*(Name / Location) St Frances X Cabrini Parish Office    **BY (Date) 10/31/2022***

I, *(printed name of parent or guardian)* \_\_\_\_\_, have reviewed the safety lessons and **DO NOT** give my permission for this location to present the *Empowering God's Children Safety Lesson* to my child *(printed name of child)* \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Estimados padres y tutores:

8/11/2022

Con el fin de ayudar en la monumental misión de proteger a los niños, la Sta Francisca Javier Cabrini se ha asociado con ustedes para presentarle a su niño una lección sobre entornos seguros. Nuestra noble función como adultos es proteger plenamente a los niños y a los jóvenes. Además, también debemos enseñarles cuáles son sus derechos y sus límites personales en materia de seguridad con el fin de que tengan los instrumentos para protegerse a sí mismos. A continuación, se ofrece información sobre el programa propiamente dicho y sobre los recursos que están a su disposición. Este año escolar, a su hijo se le presentará un programa titulado *Empoderamiento de los Niños de Dios*.

**Información sobre el programa *Empoderamiento de los Niños de Dios*:**

Este es un programa para niños y cada lección incluye un video de un nivel apropiado para el grado académico junto con actividades de aprendizaje. El material se ha concebido de una forma que permita preparar mejor a sus niños para aprender cuáles son sus derechos en materia de seguridad, enseñarles a reconocer sus límites personales y empoderarlos para protegerse cuando no estén en la presencia inmediata de adultos fiables y, en última instancia, cuando se encuentren alrededor de personas que podrían querer perjudicarlos.

Los jóvenes participarán dentro de una de las siguientes lecciones:

Lección 1: *Reglas de contacto físico sano*

Lección 2: *Adultos fiables, contacto físico sano y adultos fiables*

Lección 3: *Límites personales: ¡Ustedes tienen derechos!*

Lección 4: *Secretos, sorpresas y promesas*

Lección 5: *Cómo ser un amigo fiable*

Lección 6: *Límites personales: Sentimientos y hechos*

Como educadores principales de sus hijos, se alienta a los padres y tutores a revisar estos materiales con anticipación y discutir la información en casa. Si alguna vez ha pensado en cómo empoderar a los niños para que se protejan a sí mismos, fortalecer sus límites o aumentar su seguridad a través de situaciones en persona y en línea, entonces revisar las lecciones por su cuenta para comenzar y reiterar el mensaje en casa es el mejor siguiente paso. Gracias por su asociación con nosotros para proteger a la juventud.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

**Solo firme si no quiere que su hija/o asista a la clase.**

*Fecha(s) de la capacitación dirigida por la organización: 11/3, 11/4, 11/9*

*Recuperar fechas de entrenamiento: Por ser determinado*

*Si tiene preguntas o necesita acceso a los recursos, la lección específica o las actividades relacionadas, sírvase comunicarse con: Virginia Velazquez, Coordinador de educación religiosa (909) 797-2533.*

**Nota:** Como padres, ustedes son los principales educadores de sus niños y jóvenes y tienen la capacidad de “excluirlos opcionalmente” de la lección formal sobre seguridad dada dentro del programa. Eso significa que el menor *solamente* recibirá información referente a la lección sobre entornos seguros por el compromiso que han contraído ustedes de enseñársela en la casa y no tendrá ninguna otra oportunidad de aprendizaje en la localidad citada. Sírvanse llenar y presentar el formulario siguiente solamente si ustedes NO desean que su niño reciba información sobre entornos seguros, que trata de la forma de protegerse y de buscar ayuda cuando sea necesario. Su coordinador se comunicará con ustedes sobre el protocolo pertinente, es decir, sobre la separación del menor de los demás durante la lección, la forma en que ustedes le enseñarán la lección en la casa, etc.

**PARA EXCLUSIÓN OPCIONAL DEL MENOR DE LA LECCIÓN SOBRE SEGURIDAD, DEVUELVA EL FORMULARIO LLENO A:**

*(Nombre / Localidad): Oficina de Sta. Francisca o Catequista No Mas Tardar: 10/31/2022*

Yo, (nombre del padre, de la madre o del tutor) \_\_\_\_\_, he examinado las lecciones sobre seguridad y NO doy mi autorización a esta localidad para presentar la lección sobre seguridad del Programa de Empoderamiento de los Niños de Dios a mi hijo (nombre del menor),

Grado \_\_\_\_\_.

Firma del padre/de la madre\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_