



Our Lady of the Desert Catholic Church

*18386 Corwin Rd., Apple Valley, California 92307
Tel 760 242-4427 Fax 760 242-1195*

Welcome Families!
¡Familias, bienvenidas!
2021-2022

The schedule for faith formation classes begin the week of September 27, 2021.

As of today, it is our intention to open the classrooms for face to face learning. Several factors, however may prevent the opening of the physical site:

- A. Increase of Covid infections
- B. Maintenance of the Ministry Building

If the above issues continue, classes resume using Zoom Meetings initially.

At this point, submit your registration form for **each child** along with registration fees (see fee schedule below) to the parish office. The office is open Monday-Thursday from 9am – 2pm.

Otherwise you may mail it or slip it through the main office door slot attention “Faith Formation” by August 31, 2021.

First year Sacrament Prep students please submit a copy of: Birth Certificate, Baptism Certificate

First year Confirmation students eligible if attain the age of 14 by April 1, 2021 please submit a copy of: Birth Certificate, Baptism Certificate, First Communion Certificate
(if lack First Communion please state in registration form)

Second year Confirmation students, please submit:

Confirmation Sponsor Sheet with Saint Name to be used for anointing

Adult Confirmation, please submit a copy of:

Birth Certificate, Baptism Certificate, First Communion Certificate
(if lack First Communion please state in registration form)

Rite of Christian Initiation (RCIA)

Children & Adults & Children – Coordinator to discuss requirements

Registration Fees (includes books, retreats and various resources)

Kindergarten, Continued Faith Formation, Edge \$100

Faith Formation Yr. 1 & Yr. 2 \$125

Confirmation Yr. 1 \$150

Confirmation Yr. 2 \$200

(For multiple students please call the office for the discount offerings)

If you have any further questions, please call the office at 760.242.5819 or email sfath@sbdiocese.org.

Blessings,

Sylvia Fath, Catechetical Ministry

“People should regard us as servants of Christ and stewards of the mysteries of God” (1 Corinthians 4:1)

“Que todos pues, vean en nosotros servidores de Cristo y encargados de las obras misteriosas de Dios” (1 Corintios 4:1)



Our Lady of the Desert Catholic Church

18386 Corwin Rd., Apple Valley, California 92307
Tel 760 242-4427 Fax 760 242-1195

Welcome Families! ¡Familias, bienvenidas! 2021-2022

El horario de las clases de formación en la fe comienza la semana del 27 de septiembre de 2021. A partir de hoy, es nuestra intención abrir las aulas para el aprendizaje presencial. Sin embargo, varios factores pueden impedir la apertura del sitio físico:

- A. Aumento de infecciones por Covid
- B. Mantenimiento del edificio del ministerio

Si los problemas anteriores continúan, las clases se reanudarán con Zoom Meetings inicialmente.

En este punto, envíe su formulario de inscripción para cada niño junto con las tarifas de inscripción (consulte la lista de tarifas a continuación) a la oficina parroquial. La oficina está abierta de lunes a jueves de 9 a. M. A 2 p. M. De lo contrario, puede enviarlo por correo o meterlo en la ranura de correo de la puerta de la oficina principal con atención a "Formación de fe" antes del 31 de agosto de 2021.

Estudiantes de primer año de preparación sacramental deben enviar una copia de:

Certificado de nacimiento, Certificado de bautismo

Estudiantes de primer año de Confirmación elegibles si cumplen 14 años antes del 1 de abril de 2021,

envíenos una copia de: Certificado de nacimiento, Certificado de bautismo, Certificado de primera comunión (si falta Primera Comunión, indíquelo en el formulario de inscripción)

Estudiantes de segundo año de Confirmación, por favor envíen:

Hoja del Padrino/Madrina de Confirmación con el Nombre del Santo que se utilizará para la unción

Confirmación de un adulto, envíe una copia de:

Certificado de nacimiento, certificado de bautismo, certificado de primera comunión (si falta Primera Comunión, indíquelo en el formulario de inscripción)

Rito de Iniciación Cristiana (RICA)

Niños, adultos y niños: hablen con el coordinador

Tarifas de inscripción (incluye libros, retiros y varios recursos)

Jardín de infantes, formación continua en la fe, Edge \$ 100

Formación en la fe Año 1 y año 2 \$ 125

Confirmación Año 1 \$ 150

Confirmación Año 2 \$ 200

(Para inscribir varios estudiantes, llame a la oficina para conocer las ofertas de descuento)

Si tiene más preguntas, llame a la oficina al 760.242.5819 o envíe un correo electrónico a sfath@sbdiocese.org.

Bendiciones

Sylvia Fath, Ministerio de Catequesis

"People should regard us as servants of Christ and stewards of the mysteries of God" (1 Corinthians 4:1)

"Que todos pues, vean en nosotros servidores de Cristo y encargados de las obras misteriosas de Dios" (1 Corintios 4:1)

2021-2022

Our Lady of the Desert Catholic Church, Apple Valley, CA _____
St. Paul Catholic Church, Lucerne Valley, CA. _____
Tel# 760.242.5819 Email: sfath@sbdiocese.org

Elem _____ Edge _____ Conf _____ AC _____ YAC _____

Faith Formation Registration

*Student/Estudiante: _____ Last/Apellido _____ First/Name/Primer Nombre _____ Middle Name/Segundo Nombre _____ Grade/Grado _____
*Address/Domicilio: _____ Number & Street Name/Número de la Calle _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____
*Home Phone: _____ Mother's Cell #: _____ Father's Cell#: _____
Teléfono de Casa _____ Celular de Mamá _____ Celular de Papá _____
*Parent email/Correo elect. de los padres: _____

*Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Male/Masculino: _____ Female/Femenino: _____ Place of birth/Lugar de nacimiento: _____
*Special needs/Alguna necesidad especial? If yes explain/SI hay, explica: _____
*Sacraments received by the student: Baptism/Bautizo: _____ Date of Baptism _____
Church of Baptism _____ Address _____
First Communion/Primera Comunión: _____ Date of First Communion _____ Church of First Communion _____

LANGUAGE SPOKEN AT HOME/IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA: _____
FAMILY INFORMATION/INFORMACION DE FAMILIA:

Father's Name/Nombre del Padre: _____ First name/Primer nombre _____ Middle Name/Segundo nombre _____ Last Name/Apellido _____ Religión: _____
Step Father/Padrastro? _____ Father's Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Father's occupation/Ocupación de padre: _____ Work Phone#/Número de trabajo: _____
Mother's Name/Nombre de la Madre: _____ First name/Primer nombre _____ Middle Name/Segundo nombre _____ Last Name/Apellido _____ Religión: _____
Step Mother/Madrastra? _____ Mother's Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Mother's occupation/Ocupación de la madre: _____ Work Phone/Número de trabajo: _____
Child lives with/Niño vive con: Both parents/Padres de familia _____ Mother/Mama _____ Father/Papá _____ Grandparents/Abuelos _____ Other/Otro: _____
Are there any custodial issues that could affect attendance/Hoy algún problema de custodia que podría afectar la asistencia? Yes/Si: _____ No/No _____

Explain/Explique: _____

2021-2022

Our Lady of the Desert Catholic Church, Apple Valley, CA _____
St. Paul Catholic Church, Lucerne Valley, CA. _____
Tel# 760.242.5819 Email: sfath@sdiocese.org

Other siblings that are also registered in our programs:/Otros hermanos de familia que están registrados en nuestros programas:
Please print the names clearly/Por favor escribe los nombres claramente:

Last Name, First Name/APELLIDO, Primer Nombre:	Relationship/Relación:	Program/Programa:	Grade/Grado:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

What parish is the family registered: _____

La familia está registrada en la parroquia: _____

PLEASE NOTE/NOTA: I AGREE TO NOTIFY THE FAITH FORMATION OFFICE OF ANY CHANGES ON MY PHONE OR ADDRESS. ESTOY DE ACUERDO EN NOTIFICAR A LA OFICINA DE EDUCACION RELIGIOSA SI HAY ALGUN CAMBIO EN MI TELEFONO O DOMICILIO. INICIAL/INICIALES _____

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor: _____ Date: _____

INITIALS & DATE: _____ (If any changes/Si hay algún cambio) INITIALS & DATE: _____ (If any changes/Si hay algún cambio)

OFFICE USE ONLY

CE _____ Gr. _____ FC-1 _____ FC-2 _____ Edge _____ C-1 _____ C-2 _____ RCIA/YR1 _____ RCIA/YR2 _____

Our Lady of the Desert Catholic Church _____
St. Paul Catholic Church _____
Emergency Card
2021-2022

Child's Name: _____

Father's Name: _____ Telephone# _____

Mother's Name: _____ Telephone# _____

Alternate Emergency Contact (Local Person during Class Time)	
Emergency contact name: _____	Telephone# _____
Relationship to student: _____	
Emergency contact name: _____	Telephone# _____
Relationship to student: _____	
<i>*Name of emergency contact/person must be at least 18 years of age authorized to take student(s) from the facility by parent or guardian. Authorized person must present valid ID. Student(s) not allowed leaving the premises with an unauthorized person unless the parent gives permission.</i>	

Name of Family Doctor: _____	Telephone# _____
Insurance Carrier: _____	Policy/Group# _____

Please list other child(ren) in faith formation:

1. _____	_____	_____	_____
Last Name, First Name	Relationship	Program	Grade
2. _____	_____	_____	_____
Last Name, First Name	Relationship	Program	Grade
3. _____	_____	_____	_____
Last Name, First Name	Relationship	Program	Grade
4. _____	_____	_____	_____
Last Name, First Name	Relationship	Program	Grade
5. _____	_____	_____	_____
Last Name, First Name	Relationship	Program	Grade

Parent/Guardian signature

Date

(Over for Spanish)

**PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT,
CODE OF CONDUCT, PHOTO RELEASE, & ONLINE SERVICES
(I.E. ZOOM, FLIPGRID)**



INFORMATION

MEDICAL LIABILITY

CONDUCT

PHOTO

PERMISSION

FAITH FORMATION CLASS _____

Location: _____

Phone: _____

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

(Please Print)

Participant's Name: _____ **Date of Birth:** _____

Parent's Name: _____

Phone #: _____ **Cell or Work #:** _____

Emergency Contact Name: _____ **Phone #:** _____

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: _____

(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.

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 (i.e. Zoom, Flipgrid) 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 NOT** authorize any photos, videotapes, voice recordings, usage of online services (i.e. Zoom, Flipgrid) of my child.

Parent/ Guardian Signature Required for minors under 18 _____ Date

Signature of Participant Required (Youth or Adult) _____ Date

(Over for Spanish Version)

**CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO,
CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS Y DISTRIBUCIÓN DE INTERNET**

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)

Información	<p>CLASE DE FORMATION: _____ (Nombre del evento)</p> <p align="right">Por favor marque uno:</p> <p>Lugar: _____ <input type="checkbox"/> Adulto (mayor de 18 años) <input type="checkbox"/> Joven (menor de 18 años)</p> <p>Teléfono: _____ Fecha _____</p> <p>y horario de la actividad: _____ Costo: _____</p> <p>(Por favor escriba en letra de molde)</p>
Consentimiento de tratamiento	<p>Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Nombre del padre/ madre: _____ # de teléfono: _____ Celular o _____ Trabajo: _____</p> <p>En caso de una emergencia favor de llamar a: _____ #de _____</p> <p>teléfono: _____ Doctor de la familia: _____ # de teléfono: _____</p> <p>Compañía de seguro: _____ Numero de póliza: _____</p> <p>Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: _____</p> <p>¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente (Si es necesario use otra hoja de papel). _____</p> <p>Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: (Si es necesario use otra hoja de papel). _____</p>
Código de Conducta	<p>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.</p> <p>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 # de telefono) 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.</p>
Fotografía	<p>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.</p> <p>Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación de voz, distribución de internet 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.</p>
Permiso	<p><input type="checkbox"/> Yo NO autorizo que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a.</p> <p>Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años _____ Fecha _____</p> <p>Firma del Participante (Joven o Adulto) _____ Fecha _____</p>

Our Lady of the Desert Catholic Church _____
 St. Paul Catholic Church _____
 Emergency Card
 2021-2022

Nombre de Niño: _____

Nombre de Padre: _____ Telefono# _____

Nombre de Madre: _____ Telefono# _____

Contacto de emergencia alternativo (Persona local durante el horario de clases)

Contacto de emergencia _____ Telefono# _____

Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia: _____ Telefono# _____

Relación con el estudiante: _____

** El nombre de la persona / contacto de emergencia debe tener al menos 18 años de edad autorizados para llevar a los estudiantes de las instalaciones por el padre o tutor. La persona autorizada debe presentar una identificación válida. No se permite a los estudiantes salir de las instalaciones con una persona no autorizada a menos que los padres den permiso.*

Nombre del doctor de familia: _____ telefono# _____

Compañía de seguros de salud : _____ # póliza de seguros _____

Enumere otros niños en formación en la fe:

- | | | | |
|-------------------|----------|----------|-------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ |
| Apellido y Nombre | Relación | Programa | Clase |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ |
| Apellido y Nombre | Relación | Programa | Clase |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ |
| Apellido y Nombre | Relación | Programa | Clase |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ |
| Apellido y Nombre | Relación | Programa | Clase |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ |
| Apellido y Nombre | Relación | Programa | Clase |

 Parent/Guardian signature

 Date