



*Our Lady of the Desert Catholic Church*  
18386 Corwin Rd., Apple Valley, California 92307  
Tel 760 242-4427

**Welcome Families to  
Faith Formation Classes!  
¡Familias bienvenidas!  
2023-2024**

The faith formation classes schedule begins on Wednesday, September 27, 2023. A general calendar is attached with class schedule for 2023-2024.

The parish office accepts registrations from August 1 through August 31. Please submit the registration packet that includes the required birth and sacrament certificates accordingly (please see below) for each child, along with registration fees (**cash or check only**) listed at the bottom of the page to the parish office. The office is open Monday-Thursday from 9 am – 2 pm. Otherwise, you may mail it or slip it through the parish office door slot attention “Faith Formation” by August 31, 2023.

**First year Sacrament Prep students please submit a certified copy of:**

Birth Certificate, Baptism Certificate

**First year Confirmation students eligible if attaining the age of 14 by April 1, 2023. Please submit a certified copy of the child's:** Birth Certificate, Baptism Certificate, First Communion Certificate

**Second year Confirmation students, please submit certified copy of: Birth, Baptism, and First Communion:**

Confirmation Sponsor Sheet with Saint Name and Sponsor (please eligible requirements for Sponsor)

**Adult Confirmation, please submit a copy of:**

Birth Certificate, Baptism Certificate, First Communion Certificate and Sponsor Eligible form.

**Rite of Christian Initiation (RCIA)**

Children & Adults & Children – Coordinator to discuss requirements

**Registration Fees (includes books, retreats and resources)**

Kindergarten, Continued Faith Formation, Edge \$100

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

Confirmation Yr. 1 \$150

Confirmation Yr. 2 \$200

Adult Confirmation \$125

(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](mailto:sfath@sbdiocese.org).

Blessings,

Sylvia Fath, DCM



*Our Lady of the Desert Catholic Church*  
18386 Corwin Rd., Apple Valley, California 92307  
Tel 760 242-4427

**Welcome Families to  
Faith Formation Classes!  
¡Familias bienvenidas!  
2023-2024**

El horario de clases de formación en la fe comienza el miércoles 27 de septiembre de 2023.  
A partir de hoy, el formato de las clases de formación en la fe es el aprendizaje en persona.

La oficina parroquial acepta inscripciones desde el 1 de agosto hasta el 31 de agosto. Envíe el paquete de inscripción que incluye los certificados de nacimiento y sacramentos requeridos (consulte a continuación) para cada niño, junto con las tarifas de inscripción (**efectivo o cheque solamente**) enumeradas en la parte inferior de la página a la oficina parroquial. La oficina está abierta de lunes a jueves de 9 am a 2 pm. De lo contrario, puede enviarlo por correo o deslizarlo a través de la ranura de la puerta de la oficina inmediata a la atención "Formación en la fe" antes del 31 de agosto de 2023.

**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 2023,**

**envíenos una copia de:** Certificado de nacimiento, Certificado de bautismo, Certificado de primera comunión

**Estudiantes de segundo año de Confirmación, por favor envíen:** Certificado de nacimiento, Certificado de bautismo, Certificado de primera comunión, 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](mailto:sfath@sbdiocese.org).

Bendiciones

Sylvia Fath, Ministerio de Catequesis

2023-2024

Our Lady of the Desert Catholic Church, Apple Valley, CA  
St. Paul Catholic Church, Lucerne Valley, CA.

Tel# 760.242.5819 Email: [sfath@sbdioocese.org](mailto:sfath@sbdioocese.org)

Elem \_\_\_\_\_ Edge \_\_\_\_\_ Conf \_\_\_\_\_ AC \_\_\_\_\_ YAC \_\_\_\_\_

## Faith Formation Registration

\*Student/Estudiante: \_\_\_\_\_ Last/APELLIDO \_\_\_\_\_ First/ Nombre/Primer Nombre \_\_\_\_\_ Middle Name/Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_

\*Address/Domicilio: \_\_\_\_\_ Number & Street Name/Número de la Calle \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ 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: English \_\_\_\_\_ Spanish \_\_\_\_\_

### FAMILY INFORMATION/INFORMACION DE FAMILIA:

Father's Name/Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ First name/Primer nombre \_\_\_\_\_ Middle Name/Segundo nombre \_\_\_\_\_ Last Name/APELLIDO \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Father's Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Father's place of birth/lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Work Phone#/Número de trabajo: \_\_\_\_\_

Mother's Name/Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ First name/Primer nombre \_\_\_\_\_ Middle Name/Segundo nombre \_\_\_\_\_ Last Name/APELLIDO \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Mother's Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Mother's place of birth/Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ 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/Hay algún problema de custodia que podría afectar la asistencia? Yes/Si: \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

2023-2024

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 \_\_\_\_\_

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: Grade/Grado:	Relationship/Relación:	Program/Programa:
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. INITIAL/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 \_\_\_\_\_

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

**DIOCESIS DE SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5300  
Our Lady of Desert – St. Paul Catholic Church, 760.242.5819**

**INFORMATION**

**FAITH FORMATION CLASS** \_\_\_\_\_

**Location:** Our Lady of the Desert CC, 18386 Corwin Rd, AV 92307

**Phone:** 760.242.5819

**\*\*Please check one:**

- Adult (18 and older)  
 Youth (under 18)

**Date & Time of Activity:** Wednesday's and Designated days and time

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.

**MEDICAL LIABILITY**

**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.

**PHOTO**

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.

**PERMISSION**

**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**

**DIOCESIS DE SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5300**  
Our Lady of the Desert CC / St. Paul CC – 760 242.5819

Información

CLASE DE FORMATION: \_\_\_\_\_ (Nombre del evento)  
**Por favor marque uno:**  
 Lugar: Our Lady of the Desert CC, 18386 Corwin Rd, Apple Valley, CA 92307  Adulto (mayor de 18 años)  
 Joven (menor de 18 años)  
 Teléfono: 760.242.5819  
 Fecha y horario de la actividad: \_\_\_\_\_  
 Por favor escriba en letra de molde)  
 Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Consentimiento de tratamiento

Nombre del padre/ madre: \_\_\_\_\_ # 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).**

Código de Conducta

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.  
 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 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 líderes, empleados y voluntarios por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.**

Fotografía

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.  
 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.

Permiso

Yo autorizo que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a.

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

Our Lady of the Desert Catholic Church \_\_\_\_\_  
 St. Paul Catholic Church \_\_\_\_\_  
 Emergency Card  
 2023-2024

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: \_\_\_\_\_

***\*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.***

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)

Our Lady of the Desert Catholic Church \_\_\_\_\_  
St. Paul Catholic Church \_\_\_\_\_  
Emergency Card  
2023-2024

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. _____<br>Apellido y Nombre | _____<br>Relación | _____<br>Programa | _____<br>Clase |
| 2. _____<br>Apellido y Nombre | _____<br>Relación | _____<br>Programa | _____<br>Clase |
| 3. _____<br>Apellido y Nombre | _____<br>Relación | _____<br>Programa | _____<br>Clase |
| 4. _____<br>Apellido y Nombre | _____<br>Relación | _____<br>Programa | _____<br>Clase |
| 5. _____<br>Apellido y Nombre | _____<br>Relación | _____<br>Programa | _____<br>Clase |

Parent/Guardian signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_