



REGISTRATION FORM FORMA DE INSCRIPCIÓN



Candidate's Information/Información del candidato(a)

Candidate's Name / Nombre del Candidato(a): _____

Address/ Dirección _____ City / Ciudad _____ Zip Code/ Código _____

Birth Date/ Fecha de Nacimiento _____ Age / Edad _____ Place of Birth/Lugar de Nacimiento _____

Gender: Male/Hombre Female/Mujer

Grade/ Grado de la Escuela _____ IEP/Educación Especial: Yes No

Candidate's Cellphone Number/Número de celular del candidato(a): () _____

If the Candidate was baptized at St. Rose of Lima: Month: _____ Year: _____
Si el candidato(a) fue bautizado(a) en St. Rose of Lima: Mes: _____ Año: _____

If the Candidate received the First Communion at St. Rose of Lima: Month: _____ Year: _____
Si el Candidato recibió su primera Comunión en St. Rose of Lima: Mes: _____ Año: _____

Father's name/Nombre del papá:

Mother's name/Nombre de la mamá:

First Middle Last

First Middle Last

() _____
Father's Cellphone Number

() _____
Mother's Cellphone Number

Legal Guardian / Tutor LEGAL: Father/Papá Mother /Mamá Both/ Ambos

Who should we contact for important announcements/ A quién debemos contactar para anuncios importantes?

Father/Papá Mother / Mamá Both/ Ambos

Has the candidate already chosen a sponsor? ¿El candidato(a) ya escogió a su padrino o madrina? Yes No

Sponsor's Name/Nombre del padrino o madrina: _____ Cellphone:() _____

Signature of Parent / Firma del padre/madre _____ **Date / Fecha** _____

OFFICE USE ONLY/USO DE OFICINA SOLAMENTE	RECEIPT NUMBER: _____
Copy of Baptism certificate Yes _____ No _____	COMMENTS: _____
Copy of First Communion Certificate Yes _____ No _____	_____
CANDIDATE 2 SACRAMENTS <input type="checkbox"/> CATECHUMEN <input type="checkbox"/>	_____



EMERGENCY/MEDIA RELEASE FORM



***Emergency Contact, if Parents Cannot Be Reached /** Persona que se pueda contactar en alguna emergencia, en caso de que no se pueda contactar a ninguno de los padres.

Name / Nombre _____ Cellphone () _____

Relationship / Relación _____

SPECIAL CONSIDERATIONS/CONDICIONES ESPECIALES: (Medical needs, allergies, prescribed medications etc.):

I further authorize the personnel and volunteers of St. Rose of Lima to obtain on behalf of my daughter/son emergency medical care. In the absence of his/her parents or legal guardian, including but not limited to, any x-ray examination, anesthetic, medical, surgical, or dental diagnosis or treatment and hospital care which the aforesaid volunteers deem in their best judgment to be advisable. I fully understand that the church or confirmation program will not assume responsibility for payment of a physician or hospital costs.

Autorizo al personal y voluntarios de Santa Rosa de Lima para que consigan atención medica de emergencia para mi hijo(a) en la ausencia de sus padres o guardián legal. Esta autorización incluye, pero no es limitado a rayos-x, anestesia diagnóstico médico, dental o quirúrgico o tratamiento y cuidado de hospital, el cual el personal o voluntarios crean ser en el mejor interés posible para mi hijo(a). Entiendo que los costos médicos correrán por mi cuenta personal y no es responsabilidad del programa de confirmación o de la parroquia.

Signature of Parent / Firma del padre/madre _____ Date/Fecha _____

MEDIA RELEASE FORM

Dear Parent: Please be advised that during the confirmation year your son/daughter may be photographed, videotaped, or interviewed at various church events and confirmation activities. With your consent, the photograph or video may be reproduced and released for use in the church bulletin, webpage, or confirmation social media platforms.

Por la presente le advertimos que, durante el año de confirmación, posiblemente su hijo/a será fotografiado, grabado o entrevistado para diversas actividades de la parroquia o el programa de confirmación. Con su consentimiento se podrá reproducir, publicar su fotografía o grabación en el boletín, página web de la parroquia, folletos o plataformas de páginas web del programa de confirmación.

I agree/Estoy de acuerdo

I do **NOT** agree/No estoy de acuerdo

Parent's signature/ Firma del padre/madre: _____ Date/Fecha _____



CANDIDATE'S COVENANT



I, _____, candidate of St. Rose of Lima Confirmation Program make the following agreement:

1. **MASS:** I will attend Mass every Sunday and attend the monthly Confirmation Mass at 7:00 PM with my class (Youth Mass). I will Confess regularly and participate in Holy Communion.
2. **CLASSES:** I will attend all the preparation classes and participate in them, to the best of my ability and learn the basics of my Faith.
 - Every Tuesday at 7:00 PM, except the first Tuesday of the month.
 - I understand that three unexcused absences will get me out of the program.
 - If I miss a class or a Youth Mass, I must make up that absence by completing an assignment **and** also by attending the youth group on any Monday of that month at 7PM.
3. **RETREATS:** I will need to attend one retreat each year of the Confirmation program.
4. **COMMUNITY SERVICES:** I will complete 4 volunteer hours per year in the Parish by serving in the Parish fair, selling the raffle tickets, and participating in any other services required by the program.
5. **CHRISTIAN SERVICES:** I understand that I need 2 Christian Services per year, If I do not complete them, I will have to serve extra hours at the festival. No exceptions.
6. **SPONSORS:** I will choose a practicing catholic sponsor as soon as the classes start. I will attend Mass with him/her and attend any rites connected with the Confirmation preparation process when required.

I UNDERSTAND IF I DO NOT FOLLOW THESE PROCEDURES, I WILL BE DISMISSED FROM THE PROGRAM

Signature: _____ Date: _____

Candidate's Cellphone Number: _____



PARENT'S PLEDGE

I believe that my son/daughter: _____ is ready for the Confirmation process.

I will accompany my son/daughter at Sunday Mass, Youth Mass, and regular confession.

I am aware that my son/daughter needs to participate in one retreat per year; I will make sure he/she attends to both.

I will be supportive in my son/daughter's services, projects, and other events the program requires.

I will attend to every scheduled meeting with the Confirmation Coordinator over the course of the program.

I will assist my child in choosing a sponsor as soon as the program starts. (A practicing catholic, and if married, then by the church.)

I understand that as a parent, I am to complete the following over the Confirmation program:

- Attend **10 faith formation classes** the first year, preferably.
- Attend **one evangelization retreat** the first year, preferably.
- Complete **four volunteer hours** in the parish festival per year.
- Sell or buy **a packet of 10 tickets** for the Parish Festival raffle per year.

The Confirmation coordinator will provide the classes schedule for this year and the date you will volunteer at the appropriate time.

I agree to provide my complete cooperation and support to my son/daughter during this process and fulfill my Christian responsibilities under provision of this agreement.

Who will attend the Faith Formation Classes? Father _____ Mother _____ Both _____

Do you have any children in the First Communion program? Yes No

If yes, write his/her name: _____

Parent's signature: _____ Date: _____

Failure to fulfill any of these requirements at any given time can result in your son/daughter not receiving the sacrament of Confirmation



COMPROMISO DE LOS PADRES



Yo creo que mi hijo(a): _____ está listo(a) para el proceso de Confirmación.

Me comprometo a acompañarle a Misa dominical, a Misa juvenil, y a confesarse regularmente.

Estoy consciente que mi hijo/a tendrá que asistir a un retiro por año; me comprometo a asegurarme a que asista a ambos.

Seré de total apoyo en los servicios cristianos, proyectos y otros eventos que el programa le requiera.

Me comprometo a ayudar a mi hijo(a) a elegir a un padrino o madrina tan pronto como las clases comiencen (Debe ser un católico(a) practicante, y si está casado(a) debe estarlo por la iglesia).

Asistiré a todas las reuniones que el coordinador programe durante todo el curso de confirmación.

Entiendo y acepto que, como padre de familia, debo completar lo siguiente:

- Asistir a **10 clases** de formación en la fe para adultos el primer año de preferencia.
- Asistir a **un retiro** de evangelización el primer año de preferencia.
- Completar **cuatro horas** de voluntariado en el festival parroquial, por año.
- Vender o comprar **un paquete de 10 boletos** para la rifa en el festival parroquial, por año.

(El coordinador del programa de confirmación le proveerá los horarios de clases para este año y las fechas cuando se requiera su voluntariado en el momento apropiado).

Acepto brindar mi total cooperación y apoyo a mi hijo/hija durante este proceso y cumplir con mis responsabilidades cristianas según lo dispuesto en este acuerdo.

¿Quién va a asistir a las clases de formación en la fe para adultos?

Papá _____ Mamá _____ Ambos _____

¿Tiene hijos(as) en el programa de primera comunión? Si No

Si sí, escribe su(s) nombre(s): _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha _____

Faltar a los acuerdos anteriores puede resultar en que su hijo/hija no reciba su sacramento de confirmación



HUMAN HEALTH AND SEXUALITY RELEASE (Parent Authorization)



Dear Parents:

During the following two years of preparation for the confirmation, we will give very important orientation about Abortion, Human sexuality according to the church teachings and its risks. Some of our topics would be in regarding the Human health, internet risks and sexual harassment. In addition, our focus on sexuality is on abortion and prevention. Please authorize your son or daughter to participate by signing this form.

Name of candidate

Signature of Parent / Guardian

Date

Clases de Sexualidad y Salud Humana (Autorización de los Padres)

Estimados padres:

Durante los dos años de confirmación se darán orientaciones muy importantes a sus hijos(as) sobre el Aborto y la sexualidad humana de acuerdo a las enseñanzas de la iglesia y sobre los riesgos que tiene. Hablaremos también sobre la salud humana, los peligros en la Internet, y el acoso sexual. Nuestro énfasis será especialmente en el aborto y sus prevenciones. Pedimos su firma dando autorización para que su hijo(a) reciba estas platicas.

Nombre del Candidato

Firma del Padre/Madre o Guardián

Fecha _____