



# ST. CLARE OF ASSISI PARISH

## Parroquia de Santa Clare de Asís

700 S. Meier Road, Mt. Prospect

Phone: 847-437-6310 or 847-602-3481 E-mail valerie.zemko@archchicago.org

### PROGRAMA de EDUCACION RELGIOSA & RICA

Registro | 2024-2025

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor marque con un (v) todo lo que corresponda

Familia que retorna \_\_\_\_\_

Familia registrada con St. Colette \_\_\_\_\_

Nombre completo del participante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Primer Nombre    Segundo    Apellido

Género: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Grado 2024-2025: \_\_\_\_ Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_

Participación en Misa (v)	
Mi familia asiste Misa en Santa. Clara de Asís	<input type="checkbox"/>
Mi familia asiste a Misa en otro lugar	<input type="checkbox"/>

CLASS SESSION (v)	
Inglés: Sábado	<input type="checkbox"/>
Inglés: Domingo	<input type="checkbox"/>
Español Sábado	<input type="checkbox"/>
Español Domingos	<input type="checkbox"/>
Adultos	<input type="checkbox"/>

Clases Sacramentales (v)		
2024-2025	1 yr.	2 yr.
Comunión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RCIC para Niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RICA for Adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuacion RE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Con su formulario de registro, incluya una copia del certificado de nacimiento, bautismo y comunión del estudiante.*

Indique qué sacramento(s) el participante se está preparando para recibir en el Programa RICA/RCIC (v):

RICA/RCIC: Bautismo \_\_\_\_ Comunión \_\_\_\_ Confirmación \_\_\_\_

SACRAMENTOS RECIBIDOS		
	Fecha	Iglesia
Bautismo		
Primera Confesión		
Primera Comunión		
Confirmación		

Indique si el estudiante ha asistido a otro programa de educación religiosa o escuela católica.

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA FAMILIA

Padres o Tutor: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Número Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	CONTACTO 1	CONTACTO 2	RELACIÓN
Nombre			
Número Celular			

**NECESIDADES ESPECIALES/ACOMODACIONES ESPECIAL**

¿Hay algo en el estudiante que requiera alguna modificación? (por ejemplo, educación especial, alergias, problemas de custodia u otros).