

# ST. CLARE OF ASSISI PARISH

## Parroquia de Santa Clare de Asís

3940 Meadow Drive, Rolling Meadows  
 Phone: 847-437-6310 or 847-602-3481 E-mail valerie.zemko@archchicago.org

### RELIGIOUS EDUCATION PROGRAM & RCIA

Registration | 2024-2025

Today's Date \_\_\_\_\_

Please check all that apply (v)

New Family \_\_\_\_\_ Returning Family \_\_\_\_\_ Family Registered with St. Colette \_\_\_\_\_

Participant's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

First Name                      Middle                      Last Name

Gender: M \_\_\_ F \_\_\_ Age \_\_\_ Grade 2024-2025: \_\_\_ Name of the school attending: \_\_\_\_\_

Mass Participation (v)	
My family attends Mass at St. Clare	
My family attends Mass somewhere else.	

CLASS SESSION (v)	
English Saturdays 2:00 PM	
Spanish Saturdays 4:30 PM	
English Sundays 10:30 AM	
Spanish Sundays 8:30 AM	
Adult RCIA	

SACRAMENTAL CLASS (v)	2024-2025	1 yr.	2 yr.
Communion			
Confirmation			
RCIC for Children			
RCIA for Adults			
Continuing RE			

*With your registration form, please include a copy of the student's birth, baptism, and communion certificate.*

Indicate which sacrament(s) the participant is preparing to receive in the RCIA/RCIC Program (v):

RCIA/RCIC: Baptism \_\_\_ Communion \_\_\_ Confirmation \_\_\_

SACRAMENTS RECEIVED		
	Date	Church
Baptism		
First Confession		
First Communion		
Confirmation		

Please indicate whether the student has attended another Religious Education Program or Catholic School.

--

#### FAMILY CONTACT INFORMATION

Parent(s) or Guardian: Father \_\_\_\_\_ Mother \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_

City, State and Zip \_\_\_\_\_

Cell Phone Number: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT INFORMATION	CONTACT 1	CONTACT 2	RELATION
Name			
Cell Phone Number			

SPECIAL NEEDS/ACCOMMODATIONS
Is there anything about the student that requires any modifications? (e.g., Special education, allergies, custody issues, or other.)

# ST. CLARE OF ASSISI PARISH

## Parroquia de Santa Clare de Asís

3940 Meadow Drive, Rolling Meadows

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 2:00 PM	<input type="checkbox"/>
Inglés: Domingo 10:30 PM	<input type="checkbox"/>
Español Sábado 4:30PM	<input type="checkbox"/>
Español Domingo 8:30 AM	<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).