

About us.

The life of our Patron, Blessed Pier Giorgio Frassati is a living witness to the holiness found in young men. Today, young men who need a role model will identify with this vibrant young outdoorsman with a deep love for Christ and a desire to serve.



Mission

FRATERNITAS is a group for middle school students, dedicated to instilling Christian values in young men with the goal of fostering a true Catholic Gentlemen. Our monthly encounters allow us to accomplish this mission through prayer, catechesis, and sports.

Cathedral Preparatory School and Seminary

56-25 92nd St,
Elmhurst, NY 11373

Visit Our Website



www.brooklynpriests.org

*Fraternity of Blessed
Pier Giorgio Frassati*



Fraternitas

Rev. Christopher J. Bethge
Vocation Director

2024 – 2025 Monthly Encounters



Fellowship

September 28, 2024
December 21, 2024
February 1, 2025
March 29, 2025
May 10, 2025



Adoration

● **Schedule**

- 1 P.M. – Arrival/Welcome/Ice-Breaker
- 2 P.M. – 3 P.M. – Holy Hour
- 3 P.M. – Lunch
- 4 P.M. – Open Gym
- 5 P.M. – Dismissal



Athletics

Through Fraternitas, your son will meet other students who are being encouraged to think about God's plan for their lives. While making new friends, he can find a sense of brotherhood in this community and develop an appreciation for prayer and grow in his relationship with Christ.



Prayer

● **Register**

Request a registration form by email, cdost@diobrook.org or call 718-827-2454.



**Connect with Fr. Chris Bethge,
Vocations Director**



718-827-2454



Vocations Brooklyn Diocese



brooklynpriests



cbethge@cathedralprep.org

Fraternitas

**2024 - 2025 REGISTRATION
CATHEDRAL PREPARATORY
SCHOOL AND SEMINARY
56-25 92nd Street, Elmhurst, NY 11373
Rev. Christopher J. Bethge,
Vocation Director 718-827-2454**

Student's Name:

School:

City:

Grade in Fall 2024: _____

Email:

Date of Birth:

_____/_____/_____

Home Phone: ()

Cell phone: ()

Mailing Address:

City, State & Zip:

Your Home Parish:

City:

Emergency Contact Information:

Name:

Relationship:

Home Phone: ()

Cell phone: ()

Parental Consent: (to be completed by parent or guardian of minor under age 18)

As parent or guardian for

I hereby grant permission for my son to participate in the Fraternitas program on any and all of the dates listed in this brochure.

I understand that participation in this event may involve some risks despite the best efforts of the diocesan leaders to supervise the participants. I agree to pay for any damage my son may incur or cause. I agree to hold the Diocese of Brooklyn and all of their employees or volunteers harmless from any and all liability however caused which may result from my son's participation in the event and/or traveling to and from the program. I give permission to have my child's photo taken during the event to be used for publicity purposes by the Diocese of Brooklyn.

I authorize the diocesan leaders involved with this event to obtain any emergency medical treatment, which my son might require in connection with this activity.

I certify that this information is correct and give permission for my child to participate in the Fraternitas program. I also grant permission for the release of my son's medical records to an attending physician in case of illness. I fully

understand the consequences of the foregoing statements and sign this form knowingly, freely, and willingly.

Parent/Guardian's Name (Please Print)

Parent/Guardian Signature

Date

HEALTH INFORMATION: (to be completed by parent or guardian of minor)

Health Insurance Co.

Policy No.

Doctor: _____

Phone: _____

Address:

Allergies: Please attach a statement noting all known allergies, including how your son has been treated and with what medication. If medications are needed occasionally or regularly, please send them with your son in case of need.

Please return this form to:
cdost@diobrook.org

Visit our website:
www.brooklynpriests.org

Fraternitas

INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____

Colegio: _____

Ciudad: _____

Grado: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento:
_____/_____/_____

Teléfono de Casa: () _____

Teléfono Celular: () _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código postal

Parroquia: _____

Ciudad: _____

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono de casa: () _____

Teléfono Celular: () _____

Consentimiento de Padres: (para ser completado por el padre o el guardián de los jóvenes menores de 18 años)

Como padre o guardián de

por la presente otorgo permiso para que mi hijo participe en el programa Fraternitas en cualquiera y todas las fechas enumeradas en este folleto. Entiendo que la participación en este evento puede implicar algunos riesgos a pesar de los mejores esfuerzos de los líderes diocesanos por supervisar a los participantes. Estoy de acuerdo en pagar por cualquier daño que mi hijo pueda incurrir o causar. Estoy de acuerdo en mantener a la Diócesis de Brooklyn y a todos sus empleados o voluntarios exentos de toda la responsabilidad que pueda surgir como resultado de la participación de mi hijo en el evento y / o los viajes hacia donde se dé el programa o de regreso del mismo. Doy permiso para que la Diócesis de Brooklyn use la foto de mi hijo durante el evento con fines publicitarios. Autorizo a los líderes diocesanos involucrados en este evento a obtener cualquier tratamiento médico de emergencia que mi hijo pueda requerir en relación con esta actividad. Certifico que la información anterior es correcta y doy permiso para que mi hijo participe en el programa Fraternitas. También otorgo permiso para la que los registros médicos de mi hijo se le entreguen al médico que lo atienda en caso de enfermedad. Entiendo completamente las consecuencias de las declaraciones anteriores y firmo este formulario consciente, libre y voluntariamente.

Nombre del Padre / Madre / Guardián (en letra de imprenta)

Firma:

Fecha

INFORMACIÓN DE SALUD: (Para ser completado por el padre o guardián del menor)

Compañía de seguro de salud:

NO. Póliza:

Doctor:

Teléfono:

Dirección

Alergias: adjunte una declaración que indique todas las alergias conocidas, incluida la forma en que su hijo ha sido tratado y con qué medicamento. Si necesita medicamentos ocasionales o regularmente, envíelos con su hijo en caso de necesidad.

Por favor devuelva este formulario a:

cdost@diobrook.org

Visite nuestro sitio web:

www.brooklynpriests.org