



Instituto Canzion
15 Ave. 4-00 zona 13
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel. (502) 23856945-47
guatemala@institutocanzion.com
www.institutocanzion.com/guatemala

SOLICITUD DE INGRESO

Fecha _____

Fecha de probable ingreso _____

Curso Ministerial Musical plan sábado

Carrera Técnico Ministerial

Curso Solo Instrumento

NOTA: Favor de llenar esta solicitud con letra de molde legible.

DATOS PERSONALES

Nombre Completo: _____
Apellidos Nombres

Dirección Exacta: _____
Calle y número zona

Ciudad País Teléfono Casa

Correo Electrónico Teléfono Celular

Lugar y Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad _____ No. Pasaporte/cédula _____

Sexo F M Estado Civil _____

¿Cuántos años tienes de ser cristiano? _____

¿Eres Bautizado en agua? SI NO

¿Ha tenido alguna experiencia con el espíritu Santo o con la expresión de otras lenguas? SI NO

¿Tienes estudios formales de Música? SI NO

¿Sabes leer escritura Musical? SI NO

¿Sabes tocar algún instrumento? _____

¿Que instrumento deseas estudiar? _____

DATOS DEL PASTOR

Nombre Completo: _____
Apellidos Nombres

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

DATOS DE UN LIDER

Nombre Completo: _____
Apellidos Nombres

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

DATOS IGLESIA

Nombre: _____

Dirección Exacta: _____
Calle y número zona

Ciudad País Teléfono

Correo Electrónico

DATOS FAMILIARES

Nombre del Padre: _____

¿Vive? SI NO Ocupación: _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre de la Madre: _____

¿Vive? SI NO Ocupación: _____

Dirección _____

Teléfono _____ ¿Son cristianos sus padres? SI NO

¿Están de acuerdo sus padres en que estudie en este centro? SI NO

SOLO ASPIRANTES CASADOS

Nombre de Cónyuge: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ocupación _____

¿Es su cónyuge Cristiano? SI NO

¿Esta su cónyuge de acuerdo con que usted estudie en este centro?

SI NO

¿Tiene hijos? SI NO ¿Cuántos? _____

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

¿Quién será el responsable del pago de la colegiatura?

Padres _____ Iglesia _____ Yo mismo _____ Otro: _____

En caso de ser la Iglesia responsable deberá anexar carta de compromiso de pago

Nota: Los pagos de colegiaturas al Instituto CanZion se harán mensualmente durante los primeros 5 días de cada mes de lo contrario se estarán cobrando Q.50.00 por mora y 100 por cheque rechazado.

En caso que reincidente sea rechazado el cheque únicamente se aceptara pago en efectivo.

Objetivos y lineamientos de Instituto CanZion

Todo aspirante debe leer y firmar los siguientes objetivos y lineamientos:

El Instituto CanZion fue creado con el propósito de prever instrucción académica musical y entrenamiento cristiano práctico en el ministerio de la música. El Instituto CanZion es independiente de cualquier movimiento religioso o denominacional. Y no busca constituirse en un seminario teológico.

La educación espiritual es prioritaria, lo que involucra no solamente un estudio bíblico intensivo, sino también una experiencia práctica para cada alumno, para el desarrollo de una disciplina sólida en su vida personal.

Para que este último objetivo sea cumplido, el Instituto CanZion requiere de cada estudiante, como una condición para su admisión, esté dispuesto a someterse durante todo el tiempo de su capacitación, a los siguientes lineamientos:

1. Familiarizarse con el reglamento establecido por el Instituto CanZion que ha sido publicado en el manual del estudiante y vivir de acuerdo a sus normas.
2. Mantenerse en un espíritu de unidad, mostrando consideración y respeto a los demás.

El Instituto CanZion se reserva el derecho de expulsara cualquier alumno que esté fuera de armonía con sus objetivos, lineamientos y filosofía.

Acepto someterme a los objetivos y lineamientos antes mencionados.

F) _____

Historial Medico y Chequeo rutinario

Instrucciones: Los estudiantes deberán llenar este formulario antes de completar sus trámites de inscripción. No deberá dejar espacios en blanco

Estatura_____ Peso_____ Tipo de Sangre_____

¿Padece alguna enfermedad?

SI

NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún antibiótico o medicamento?

SI

NO

Si es afirmativa su respuesta, indique cuál _____

¿Esta o ha estado bajo un tratamiento médico?

SI

NO

Si es afirmativa su respuesta, especifique porqué razón:

Regularmente toma medicinas

SI

NO

¿Cuales? _____

¿Por qué? _____

¿Ha sufrido Crisis Nerviosa?

SI

NO

¿Ha tenido descontrol emocional?

SI

NO

Si su respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Con que fue tratado? _____

¿Ha usado alguna vez drogas ilegales?

SI

NO

Fecha (año) de _____a_____

En caso de ser afirmativo, explique cuáles: _____

¿Ha fumado alguna vez?

SI

NO

Fecha (año) de _____a_____

Ha Ingerido alguna vez bebidas alcohólicas?

SI

NO

Fecha (año) de _____a_____

¿Ha estado involucrado en homosexualismo/lesbianismo?

SI

NO

Nombre del alumno

Firma

Nota: Este formulario, junto con toda la información que el mismo contiene, es considerado confidencial, y no es prestada para ningún uso.

