

SOLICITUD DE INGRESO

Nota: Esta solicitud deberá llenarse a máquina o con letra de molde y con tinta negra.

Fecha: _____

INDISPENSABLE

Pegar
Fotografía
Reciente

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico (E-Mail): _____

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nacionalidad: _____

Sexo:

Masculino: _____

Femenino: _____

Estado Civil:

Soltero : _____

Casado: _____

Otro: _____

Ocupación: _____

¿Ha recibido a Cristo como su Señor y Salvador? _____ ¿En que fecha? _____

DATOS DE LA IGLESIA

Nombre de la Iglesia: _____

Nombre del Pastor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿QUÉ ESTUDIOS DESEAS REALIZAR?

¿Qué instrumento desea estudiar?: _____

INFORMACIÓN MEDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre y Apellidos: _____

¿En caso de emergencia se debe contactar a: _____

Parentesco o Relación: _____

Dirección del Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

HISTORIAL MÉDICO Y CHEQUEO RUTINARIO

INSTRUCCIONES

Los estudiantes deberán llenar esta forma antes de completar sus tramites de inscripción. Todas las preguntas deberán ser contestadas.

ESTATURA: _____

PESO: _____

TIPO DE SANGRE: _____

(grupo sanguíneo)

-Marca con una X las enfermedades que actualmente padezcas:

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | ASMA |
| <input type="checkbox"/> | CARDIOPATÍAS |
| <input type="checkbox"/> | DIABETES |
| <input type="checkbox"/> | EPILEPSIA |
| <input type="checkbox"/> | MIGRAÑA |

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | OBSTRUCCIÓN NASAL |
| <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS AUDITIVOS |
| <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> | OTRAS MOLESTIAS |
| <input type="checkbox"/> | |

¿Es alérgico a algún antibiótico o medicamento? _____

Si es afirmativa su respuesta, especifique a cual: _____

¿Está o ha estado bajo un tratamiento médico? _____

¿Regularmente toma medicinas? _____

¿Alguna otra condición física o padecimiento que deba reportar? _____

NOTA: Esta forma, junto con toda la información que ella contiene, es considerada confidencial.

CARTA DE AUTORIZACIÓN A MENORES DE EDAD

Atención
Oficina de Admisiones

Por medio de la presente doy la autorización a mi hijo(a) _____
_____ para que se inscriba en el programa de
capacitación *Aulas en Ciudad* para su entrenamiento músico-ministerial.

Entiendo que el programa de capacitación técnico-ministerial tiene una duración de 2 (dos)
años.

Asimismo, estoy de acuerdo en la completa aplicación del reglamento general de *Aulas en la
Ciudad*.

La presente se extiende para los fines administrativos y legales correspondientes.

Atentamente,

Nombre de Padre, Madre o Tutor

Firma

RECOMENDACIÓN PASTORAL

Para el Solicitante:

Esta referencia deberá llenarse por el Pastor de la Iglesia donde se congrega. Quien la enviará en un sobre cerrado a Aulas en la Ciudad. Si su padre es el líder o Pastor, entonces deberá ser llenada por otra persona en liderazgo.

Para el Líder (Pastor):

La persona cuyo nombre aparece abajo está solicitando su ingreso al programa de estudio *Aulas en la Ciudad*. La recomendación que usted va a llenar será tomada y evaluada muy seriamente. Por lo mismo, le pedimos que llenes esta forma en oración para el beneficio del solicitante y sus compañeros de clase. Esta información se manejará confidencialmente aún para el solicitante, por lo que le pedimos que al terminar de llenarla, la ponga en un sobre cerrado y la envíe a *Aulas en la Ciudad*. ¡Gracias!

Nombre del Solicitante: _____

¿Hace cuanto tiempo que conoce al solicitante? _____

¿Qué tan bien lo conoce?

Bastante bien Muy Bien Casualmente Sólo de nombre

Hasta donde usted sabe, ¿Ha hecho el solicitante una entrega personal con Cristo?.

Sí No No Sé

Describe la motivación que lo caracteriza _____

¿Piensa que su compromiso es genuino y profundo?

Sí No No Sé

¿En que áreas muestra actitud de servicio? _____

¿Cómo describiría la actitud que tiene hacia la autoridad y supervisión? _____

¿Está activo desarrollando el ministerio de Alabanza y Adoración en la Iglesia?

Sí No No Sé

¿Qué expectativa tiene usted del solicitante al egresar de Aulas en la Ciudad?.

Lo recomiendo Lo recomiendo con reservas No lo recomiendo

Comentarios Adicionales: _____

Nombre del Pastor: _____ Firma: _____

Fecha: _____