

- Curso diurno
 Curso nocturno

Coloque una fotografía tamaño infantil y agregue otra en el sobre

Datos Personales

Nombre:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle número colonia

ciudad estado código postal país

Teléfono: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
clave número día mes año ciudad

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Vuelto a casar Sexo: M F

Congregación a la que asiste: Nombre del pastor o director:
nombre de la congregación nombre del pastor o director

Dirección de la congregación:
calle colonia ciudad

¿Asiste regularmente? Sí No ¿Es usted miembro de la congregación? Sí No ¿Ha recibido a Cristo como su Salvador personal? Sí No ¿En qué fecha?:
día mes año

¿Ha recibido el bautismo del Espíritu Santo de acuerdo a Hechos 2:4? Sí No ¿Ha recibido el bautismo en agua por inmersión? Sí No ¿Ha estudiado en un instituto bíblico previamente? Sí No

¿Toca algún instrumento musical? Sí No ¿Cuál o cuáles?

¿Ha participado en misiones? Sí No ¿Dónde y cuándo?
lugar periodo

¿En qué ministerios ha participado?
lugar periodo

Datos Familiares

Nombre del padre o tutor: ¿Vive? Sí No
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle y número ciudad estado

Ocupación:

Nombre de la madre: ¿Vive? Sí No
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle y número ciudad estado

Ocupación:

Nombre de su cónyuge (si es casado(a)):
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Edad: Ocupación:

Hijos: Fecha de nacimiento: Sexo: M F
nombre día mes año

Hijos: Fecha de nacimiento: Sexo: M F
nombre día mes año

** Utilice el reverso de la hoja si tiene más hijos

Datos Escolares

Secundaria:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			
Preparatoria:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			
Universidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			
Otro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			

Datos Laborales

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nombre de la empresa	teléfono	periodo de trabajo	actividades / puesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nombre de la empresa	teléfono	periodo de trabajo	actividades / puesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nombre de la empresa	teléfono	periodo de trabajo	actividades / puesto

Datos Financieros

¿Cómo planea financiar sus estudios?	Su Congregación:	<input type="text"/>	%	Amigos:	<input type="text"/>	%
	Su familia:	<input type="text"/>	%	Personalmente:	<input type="text"/>	%
Otros (especifique):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	TOTAL:	<input type="text" value="100"/>	%

Responsable de Apoyo Económico

Esta parte debe ser llenada por la persona responsable del financiamiento de los estudios del solicitante.

De acuerdo a lo anterior, me comprometo a cubrir los gastos de financiamiento durante los estudios de

en el Instituto Epicentro, para lo cual acepto todas las condiciones de pago del mismo Instituto.

Fecha:	<input type="text"/>	Lugar:	<input type="text"/>	Relación con el solicitante:	<input type="text"/>
	día mes año		ciudad		
Nombre del responsable:	<input type="text"/>				
	apellido paterno	apellido materno	nombre(s)		
Dirección:	<input type="text"/>				
	calle y número	ciudad	estado		
Teléfono:	<input type="text"/>	Firma:	<input type="text"/>		
	clave número				

Yo certifico que he leído las normas y propósitos del Instituto Epicentro y estoy de acuerdo en observar cada una de estas mientras sea parte de la institución.

Firma del alumno:

Datos Personales del Alumno

Nombre:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Datos de los Padres o Tutores

Nombre del padre o tutor:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección: Tel:
calle y número ciudad clave número

Nombre de la madre:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección: Tel:
calle y número ciudad clave número

Por medio de este conducto hago de su conocimiento que apruebo ampliamente el que nuestro(a) hijo(a) ingrese al Instituto Epicentro y que participe en todas las actividades que incluye el Plan de Estudios.

Es nuestro deseo apoyarlo(a) en el área espiritual y material como nos sea posible.

Fecha:
día mes año

Firma del padre o tutor:

NOTA ACLARATORIA

El Instituto Epicentro no se hace responsable de ninguna enfermedad adquirida o accidente ocurrido antes, durante o después de la estancia del estudiante en el Instituto.

Por lo cual recomendamos considerar seriamente la necesidad de contar con un SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Responsable en Caso de Accidente o Enfermedad

Fecha: Lugar: Relación con el solicitante:
día mes año ciudad

Nombre del responsable:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle y número ciudad estado

Teléfono: Firma:
clave número

Seguro de Gastos Médicos

¿El solicitante cuenta con seguro de gastos médicos que cubra accidentes y enfermedades? Sí No ¿De qué compañía? []

¿De qué tipo?: [] Vigencia: [] día mes año

Datos del Médico

Nombre del médico: []
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección: []
calle y número ciudad estado

Teléfono: [] clave número Firma: []

Agradecemos a usted por tomar el tiempo para contestar esta forma.

Información del Pastor 2 de 2

Favor de seleccionar solo una de las siguientes opciones:

Lo recomiendo ampliamente

Lo recomiendo con reservas

No lo recomiendo

¿Está usted de acuerdo en que el solicitante cumpla con el programa en su totalidad?

Sí No

Algun comentario final que nos pueda compartir para ayudar al alumno en su desarrollo en el Instituto

Datos del Pastor

Nombre del pastor/director

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Congregación:

nombre

Fecha:

día

mes

año

Dirección:

calle y número

ciudad

estado

Teléfono:

clave

número

Firma:

Agradecemos a usted por tomar el tiempo para contestar esta forma.

El Instituto Epicentro tiene el firme deseo de dar apoyo a sus estudiantes en todas las áreas posibles, por lo cual consideramos de importancia contar con la siguiente información:

Una breve descripción de su vida antes de Cristo y su encuentro con Él.

Cite algunas experiencias en su vida cristiana de valor significativo.

Mencione el por qué de su deseo de inscribirse en el Instituto.

Datos Personales del Alumno

Nombre:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Testimonio

** Utilice el reverso de la hoja si así lo requiere.

Envíe por Paquetería a: Instituto Epicentro, Camino a las Caleras 4286, Carr. Nal. 85 km. 267, Col. Los Encinos, Monterrey, Nuevo León C.P. 64987, México