



Planilla # _____
Fecha: _____
Ciudad: _____

Clase a escuchar:

- VIVIENDO EN EL PODER DE DIOS ( ) CRECIENDO EN EL PODER DE DIOS ( )  
 OPERANDO EL PODER DE DIOS ( ) COMPASION ( )  
 EL ROMANCE DE LA REDENCION ( ) GENOTIPO DE DIOS PARA EL MATRIMONIO ( )

Nombre de su supervisor de Iglesia \_\_\_\_\_

¿Ha escuchado la clase anteriormente?

Si ( ) No ( ) En caso de ser Si, coloque la Fecha: \_\_\_\_\_

Solo para efectos de bendecirle y ministrarle en alguna oportunidad, le agradecemos nos suministre la siguiente información:

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ C.I \_\_\_\_\_

Día y Mes de Nacimiento \_\_\_\_\_ Pasaporte N. \_\_\_\_\_ Grupo E.I.S.YS.# \_\_\_\_\_

Visa Americana: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Habitación \_\_\_\_\_

Telf. De Hab. Y otros contactos: \_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo o estudios \_\_\_\_\_

Cónyugue \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_ Aniversario \_\_\_\_\_

Hijo \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

Hijo \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

Hijo \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

Hijo \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

Hijo \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tratamiento médico?

Especifique: \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar con fluidez? \_\_\_\_\_ ¿Sabe cocinar? \_\_\_\_\_

¿Tiene conocimientos de primeros auxilios? \_\_\_\_\_ ¿Es alérgico a algo? \_\_\_\_\_

Hay alguna área de su vida que quiera mejorar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay alguna respuesta específica que desea conseguir al escuchar esta clase, taller o seminario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_