



Porfavor, llenar la aplicacion, firmarlo y depositar
\$150 U.S. dollars escrito dos Ana Moshenek
que sera aplicado a u metricula.

Crystal Boyer
14274 S. James Madison Hwy
Dillwyn, VA 23936

Escuela de Misiones Las Palmas de Mamré

Aplicacion de matricular

Información General

Fechas de la escuela _____

Apellidos _____

Nombre _____

(chequea uno)

M ___ F ___

Dirección _____

Cuidad _____ Provenia _____

País _____ Telefono # _____ - _____ - _____

Correo electronico _____

Fecha de Nacimiento. ___/___/_____ Nacionalidad _____

de pasaporte o cedula _____

Persona para contactar en caso de emergencia

Relación de esta persona _____ # telefono de esta persona _____

Otra persona para contactar en caso de emergencias

de teléfono _____ - _____ - _____

Información General

Describa sus experiencias cuando se entregó a Cristo.

¿Qué significa para ti tener una vida cristiana?

¿Por qué tiene interés en la Escuela de Misiones?

Nombre de su iglesia local:

Nombre de su pastor _____

Dirección, teléfono y correo electrónico del pastor:

Firma del pastor o líder _____

¿Esta dispuesto arrastrarse en el lodo, comer arroz y frijoles, correr kilómetros antes que salga el sol, estudiar fuerte y seguir a Dios con todo su cuerpo, mente, y alma?

_____ Si _____ No (chequea uno)

**¿Cómo se enteró de nosotros? Palmasdemamre.com ___ / ___ YouthQuests.com
___ MissionaryBootcamp.org / ___ Newsletter / ___ Email / ___ Otro: _____**

Firma del aplicante _____

fecha _____



Historia de Salud

La siguiente información es requisito para el beneficio del participante y será guardado en confianza. Será presentado solamente a la directora, u otras personas medicas de emergencia. Por favor conteste las preguntas y firme la autorización abajo:

Nombre de su Doctor: _____ Teléfono del Dr: _____

Fecha de su ultima vacuna de tétano _____

¿Tiene el participante?	en proceso	Si	No
¿Tiene vacuna de Hepatitis B?			
¿Tomando medicamentos?			
¿Tiene Alergias o reacciones a ciertos medicamentos?			
¿Tienemos permiso en casos necesarios dar medicamentos?			
¿Tiene problemas del corazón?			
¿Tiene epilepsia, convulsiones o paralisis?			
¿Tiene Diabetes?			
¿Tiene alguna enfermedad cronica?			
¿Ha tenido una seria de accidentes, incapacitaciones, u otras restricciones de actividades normales?			
¿Tiene enfermedades infecciones?			
¿Tiene restricciones de dieta?			
¿Tiene una historia de consejo o hospitalización psiquiatra?			

¿Tiene seguros de salud y accidente? ___Si ___No

Compania de seguros _____ # de póliza _____

De detalles si ha contestado (sí) a algunas de las preguntas, por favor explique aquí:

Cuando Firma abajo, confirma que la informacion aquí es la verdad y correcto.

La informacion arriba es correcto al mejor de mi intendmento. Si tratamiento es necesario en la descrecion de la junta de Palmas de Mamré, Yo doy permiso por taratamento autorizado y necesario.

Firma X: _____ **Fecha:** _____

Convenio de soltar responsabilidad:

En el entrenamiento de la escuela de misiones con Palmas de Mamré , los participantes pueden estar anvolucrados en actividades que esten expuestos al cambio de condiciones del timpo, ambientes severos, mucho lodo, culebras, monos, murcielagos, cocodrilos, jaguares y el uso de una variedad de equipo incluyendo caballos, machetes, instrumentos de sirugia y café caliente. Todas las actividades requieren completa atencion y mucha responsabilidad del participante, ya sea individual o siendo parte del grupo. Muchas de estas actividades incluyen riesgos inheretes. Fimar abajo, es afirmar que esta de acuerdo en asumir sus propias responsabilidades, ya sea perdida de objetos personales o accidentes que le ocurran al participante en la propiedad o en relacion con las acticidades del programa.

Firma x _____ Fecha: _____

