



**COLEGIO BIBLICO APOSTOLICO NACIONAL
DEL DISTRITO SUR DE TEXAS**

FORMA DE APLICACION

Fecha: _____

Nivel: _____

I. PROGRAMA DE EDUCACION (Marque uno)

___ Asociado en Educación Cristiana

___ Bachiller en Teología

II. INFORMACION PERSONAL

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono: _____

Es usted: ___ Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a

III. INFORMACION DE SU IGLESIA

Iglesia a donde asiste: _____ Pastor: _____

Bautizado: ___ SÍ ___ NO Fecha de Bautismo: _____

Es usted: ___ Pastor ___ Ministro ___ Líder ___ Otro: _____

¿Qué ministerio desarrolla usted en su Iglesia local? : _____

IV. EDUCACION

Marque hasta que nivel de educación terminó usted:

___ Escuela Primaria ___ Colegio ___ Universidad ___ Otro: _____

Nombre/Ciudad y Estado de Escuela	Años en esta escuela	Diploma, Licenciatura, GED, etc.

V. OTRA INFORMACION

¿Es su primer año asistiendo al CBAN? ___ SÍ ___ NO ¿Sí, cuántos años? _____

¿Cuál es su E-mail (Correo Electrónico)? _____

TODA LA INFORMACION EN ESTA APLICACION ESTA CORRECTA DE ACUERDO A MI ENTENDIMIENTO. YO ESTOY DISPUESTO(A) A TOMAR EL RETO DE ESTUDIAR EN EL COLEGIO BIBLICO APOSTOLICO NACIONAL DEL DISTRITO SUR DE TEXAS; Y A CUMPLIR FIELMENTE CON MIS FINANZAS AL COLEGIO.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA