

Iglesia Cristiana Clínica Del Alma Inc.

Cambiados y Transformados Por Cristo Bajo La Unción Del Pentecostés
325 Lynx St. Dunkirk NY14048
Pastores Omar Y Verónica Cosme
787-407-2020



ODOSAGIH
Bible conference and
retreat center.

3204 Hazelmere Ave,
Machias, NY 14101

Campamento de Jóvenes

Septiembre 24, 25 y 26 del 2021

“Llamados Para Esta Generación”

1 Pedro 2:9

Solicitud para Jóvenes o Acompañantes

Nombre: _____ Teléfono: _____ Sexo _____ Edad _____
Dirección: _____ Tamaño de camisa _____
Nombre de su Pastor: _____ Número de contacto de su Pastor _____
Nombre de la Congregación a la cual asiste: _____

Favor de marcar con una (X) en encasillado correspondiente:

¿Solicita el espacio para un joven?: (\$120.00) _____
¿Solicita el espacio para un acompañante?: (\$120.00) _____

Depósito requerido para reservar su espacio por joven o acompañante: \$60.00

Depósito: _____ Fecha: _____ Para reservar su espacio en o antes del 1 de Julio del 2021.

Depósito: _____ Fecha: _____ Para saldar el balance total en o antes del 1 de Agosto del 2021.

Nota: El depósito es requerido **con la solicitud** para reservar su espacio en el Campamento. No se aceptarán solicitudes después del 1 de Agosto del 2021. Se aceptará el depósito de la siguiente manera: en efectivo o en giro postal (money order). Se va a utilizar giro postal como método de pago favor de hacerlo pagable a **Iglesia Cristiana Clínica Del Alma Inc.** a la dirección: **325 Lynx St. Dunkirk NY 14048.** No se reembolsará ningún pago recibido sea para reservar o saldar por completo el Campamento.

Precios Incluyen 2
noches de hospedaje,
alimentos (desayuno,
almuerzo, cena y
meriendas) y camisa.

Favor de leer el reglamento antes de firmar

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nota: Se requiere la firma del padre o tutor si el joven es menor de 18 años, sin esta firma no podremos aceptar la solicitud.

Firma del joven o Acompañante: _____ Fecha: _____

Sección para su Pastor:

Para aceptar esta solicitud es necesario que su pastor complete esta parte de abajo. Sin la firma de su Pastor usted no podrá asistir al Campamento.

¿Está este joven o acompañante activo(a) en su congregación? SI_____ NO_____

¿Autoriza usted a este joven para asistir y participar en este Campamento? SI_____ NO _____

Firma del Pastor

1. ¿Tiene usted plan médico? SI_____ NO_____

2. ¿Parece usted de alguna enfermedad? SI_____ NO_____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cual:

3. ¿Está bajo algún medicamento? SI_____ NO_____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cual:

4. ¿Parece del alguna alergia? SI_____ NO_____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cual:

¿En caso de emergencia, ¿a quién podemos contactar?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Parentesco: _____

Para uso oficial del comité:

Aprobado: _____ Desaprobado: _____ Inicial del miembro del Comité _____ Fecha: _____