



Asociación de Niños Joyas de Cristo (AJOC)
Iglesia de Dios Pentecostal
Movimiento Internacional



REGISTRO DE NIÑO(A)

Nombre Completo: _____

Edad: 0-2 3-4 5-7 8-11 Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Niño Niña

Talla de Camisa: XS S M L XL Otro: _____

GUARDIAN LEGAL

Nombre de Padre: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Email: _____

Nombre de Madre: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Email: _____

MAS INFORMACION

Alergias: Si No Si? explique: _____

Seguro de Salud: Si No Si? nombre de seguro: _____

Invalidez físico: Si No Si? explique: _____

Enfermedad Mental: Si No Si? explique: _____

Otro Información necesario, explique: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto: _____

Relación: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____



Asociación de Niños Joyas de Cristo (AJOC)
Iglesia de Dios Pentecostal
Movimiento Internacional



ASISTENCIA DE NIÑO(A)S

Fecha		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Ofrenda		\$	\$	\$	\$	\$
Total de Niño(a)s						
#	Nombre de Niño(a)	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Asociación de Niños Joyas de Cristo (AJOC)
Iglesia de Dios Pentecostal
Movimiento Internacional



REGISTRO DE MINISTERIO DE NIÑOS

Año: _____ Clase (opcional): _____
Posición Aplicando (todo que aplica): Capitán Secretaria Tesorero(a) Líder
 Maestro Ayudante Otro: _____

INFORMACION PERSONAL

Nombre Completo: _____
Teléfono: _____ - _____ - _____ Email: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

MAS INFORMACION

Bautizado en Aguas: Si No
Bautizado en Espíritu Santo: Si No tiempo convertido: ____ años, ____ meses
Está Casado: Si No
Tiene Hijos/Hijas: Si No
Experiencia con Niños: Si No tiempo de experiencia: ____ años, ____ meses
Si respondió "Si", explique: _____
Graduado de Mizpa: Si No
Graduado de Escuela Primaria (Elementary): Si No
Graduado de Escuela Secundaria (High School): Si No
Graduado Universitario: Si No

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto: _____
Relación: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

SOLO USO PARA OFICINA

Aprobado por Pastor (firma): _____ Fecha: ____/____/____
Aprobado por Director(a) (firma): _____ Fecha: ____/____/____