

HOJA INFORMATIVA DE POSIBLES ASOCIADOS



Nombre _____ fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Masculino _____ Femenino _____

Teléfono/Celular _____ Correo electrónico _____

Contacto de emergencia: Nombre _____ Teléfono # _____

Forma preferida de comunicación: (Llamada/Texto/Correo electrónico/WhatsApp) _____

¿Qué es lo que más le gustaría que supiéramos sobre usted y qué le atrajo del FSA Associate Style of Life?

Firma _____

Fecha _____

MLA _____

Fecha _____

Información familiar:

Nombre del cónyuge: _____

Nombres de niños: _____

Regalos para compartir (habilidades especiales, talentos, idiomas, experiencia educativa, pasatiempos, capacitación, etc.)

Ministerios (actualmente o anteriormente involucrados o interesados en)

Cualquier otra cosa que te gustaría compartir sobre ti:

