



ACTUALIZACIÓN ANUAL DE RECOPIACIÓN DE DATOS DE ASOCIADOS

Ubicación del Grupo Regional de Asociados: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: (Mes/Día) _____

Dirección: _____

Celular # _____ Teléfono fijo #: _____

Dirección de correo electrónico : _____

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

Estado actual: Asociado ____ activo ____ Asociado extendido ____ Inquirer

Información de contacto de emergencia:

Nombre _____ relación _____

Teléfono # _____ Correo electrónico _____

Estilo de reunión preferido: ____ En persona ____ Zoom ____ Híbrido

Cambios significativos en la vida que le gustaría compartir, es decir, pérdida de un miembro de la familia, mudanza, problema de salud, etc.:

Cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos sobre usted o sus ministerios, habilidades, dones, talentos, experiencias educativas, capacitación, etc.

Cualquier pregunta para los Codirectores Asociados o sugerencias que le gustaría hacer que puedan beneficiarnos como Asociados que buscan vivir nuestra Misión, Visión, Valores Fundamentales y Carisma FSA:

Firma

Fecha

Revisado el 16/04/24