



AUTORIZACIÓN DE PADRES

CENTRO DE ENTRENAMIENTO BIBLIO CEBCO NIÑOS

Leer detenidamente este formulario y completar lo que corresponda.

NOMBRE DE LOS PADRES

NOMBRE DEL NIÑO-A

Autorizo a mi hijo-a para estudiar en el programa Academico del Centro de Entrenamiento Biblico Cebco Niños, durante el tiempo estipulado

SI

NO

Al firmar este formulario, acepto los términos y condiciones estipulados en el Manual de Convivencia de Cebco Niños

INFORMACIÓN DE CONTACTO

IGLESIA DONDE SE CONGREGAN:

CELULAR PADRES:

CORREO:

DIRECCIÓN CASA:

Firma de los padres

Firma del Niño- a

¡HOY ES EL TIEMPO!

OFICINAS ADMIN: BOGOTA D.C - CRA 49 NO. 127D-59

PÁGINA: [HTTPS://CEBCON.IGLECO.TV/](https://cebcon.igleco.tv/)

PBX: 7428852 EXT. 120