

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER OS FORMULÁRIOS

Obrigado por se inscrever em uma de nossas escolas de treinamento. Para que você seja aceito, precisamos receber as informações abaixo:

1. Formulário de inscrição: Por favor, responda todas as perguntas e se alguma delas não se aplicar à sua pessoa, deixe-a em branco.
2. Taxa de Inscrição R\$ 300,00 (trezentos reais).
3. Formulário Confidencial de Saúde.
4. Formulário de Consentimento do Médico.
5. Formulário de Consentimento para Tratamento médico.
6. Formulário de Isenção de Responsabilidade. Cada candidato tem que assinar este formulário. Se o candidato for menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal tem que assinar o formulário.
7. Dois formulários confidenciais como referência. Por favor, preencha a primeira parte do formulário confidencial, dê um para o seu pastor ou líder espiritual, e o outro para um amigo(a) Cristão(a) maduro(a). Os formulários depois de preenchidos devem ser escaneados e enviados para nosso email: **treinamento@jocumrecife.org.br**, o mesmo deve ser feito pelo Líder e pelo Pastor. Uma foto ¾ ou de passaporte recente xerox de identidade e CPF.

INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Diante do compromisso que você está fazendo neste formulário, há algumas informações de sua vida e trabalho que seriam muito úteis para nós. Devido ao estresse envolvido no trabalho no campo missionário e mais específico na área que atuamos, pedimos que haja o máximo de sinceridade e deixamos claro que as informações serão de extremo sigilo.

Alguma vez você fez uso de algum entorpecentes? _____ Descreva como isso aconteceu, quando e porque?

Como foi resolvida esta situação? _____

Já esteve problemas com a justiça alguma vez? _____ Quando e porque? _____

No momento, responde a algum processo ou inquérito policial? _____ Qual motivo? _____

Você nos autoriza a obter informações com seu pastor sobre esta situação? _____

Depois da sua conversão, já houve algum envolvimento físico ilícito ou com drogas? _____

Explique como aconteceu e como foi resolvido? _____

Como e seu relacionamento com sua igreja? _____

Voçê tem ou já teve algum envolvimento com trabalho de desenvolvimento comunitário? _____

Quando, por quanto tempo onde? _____

Quais suas expectativas sobre o curso? _____

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS NUMA FOLHA SEPARADA:

1. Quando e como se converteu?
2. Dê um breve relatório sobre você o seu caminhar com o Senhor desde então.
3. Conte um pouco sobre sua família trabalho e ministério.
4. Como você avalia seu relacionamento com Deus?
5. Conte resumidamente sobre suas experiências com JOCUM e/ou outras missões e igreja.
5. Explique porque gostaria de fazer esse curso? Você tem alguma área específica onde gostaria de estar atuando ou gostaria de decidir depois de conhecer o trabalho?
6. No caso de ser casado e/ou ter filhos, como você vê a participação da sua família neste ministério?
7. Você faz parte de JOCUM? Se não, como pretende fazer cumprir seu tempo prático?



Formulário de Inscrição

Foto

Data de Início: _____
(dia/mês/ano)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome _____

Sexo: M F

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone (____) _____ E-mail _____

Nº Identidade _____ Órgão Expeditor _____ Data Expedição _____

CPF _____ Título de Eleitor _____ Zona _____ Idade _____

Data de nascimento _____ Local de nascimento _____
(dia/mês/ano) (Cidade) (Estado)

Nacionalidade _____ Altura _____ Peso _____

Estado Civil:

Solteiro(a) Noivo (a) (Data _____) Casado (a) (Data _____)
 Separado (a) (Data _____) Divorciado (a) (Data _____)
 Viúvo (a) (Data _____) Casado (a) Novamente (Data _____)

Filhos que te acompanham:

Nome	Data de nascimento	Sexo	Escolaridade
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IGREJA

Nome da igreja atual _____

Quanto tempo você participa nesta Igreja? _____ Tempo de Conversão _____ anos _____ meses

Endereço da Igreja _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone (____) _____ E-mail _____

Ocupa algum cargo na igreja? _____ Qual? _____

Nome do Pastor _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR:

Nome _____ Grau de Parentesco _____

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone (____) _____ E-mail _____

EDUCAÇÃO ESCOLAR/EMPREGO/HABILIDADES

Grau de Instrução completa _____

Formado em: _____

Idiomas falados por ordem de fluência:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Já prestou serviço militar? _____ Nº Reservista _____

Emprego atual _____ Ocupação _____

Outra ocupação ou habilidades _____ Tempo de experiência _____

Habilidade musical ou outros talentos _____

EXPERIÊNCIA COM JOCUM:

Onde e quando fez ETED? _____

Onde trabalha atualmente? _____

Nome do Líder _____ Fone _____

Endereço _____ Bairro _____

CEP _____ - _____ Cidade _____ Estado _____ E-mail _____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Você tem todo o dinheiro para pagar a escola? _____ Se a resposta for não, quanto você tem? _____

De onde você pretende receber o restante? _____

Você tem algum outro débito? _____

EU CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO SÃO TOTALMENTE CORRETAS. SE FOR ACEITO POR JOVENS COM UMA MISSÃO, ESTAREI ME SUBMETENDO AO ESPÍRITO E AS REGRAS E ESCALAS DO PROGRAMA DE TREINAMENTO. EU ENTENDO QUE O PAGAMENTO DA ESCOLA DEVE SER FEITO ANTES DO INÍCIO DA MESMA OU DIVIDIDO EM PARCELAS MENSAS, PREVIAMENTE ACERTADAS COM A LIDERANÇA. ESTOU ALERTO (A) DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS, DOS OBREIROS E DOS ESTUDANTES DESTA ESCOLA. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS, DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura

POR FAVOR, ENVIAR ESTE FORMULÁRIO DE VOLTA PARA:

treinamento@jocumrecife.org.br / www.jocumrecife.org.br

Rua Josadark Alves de França, 11 – Santa Mônica – Camaragibe – CEP 54.771-320

Endereço Postal: Caixa Postal 64 – Camaragibe - CEP 54.765-970 – PE Tels.: (81) 3458-2684



Consentimento para Tratamento Médico

Eu, _____, concordo na efetuação de tratamentos anestésicos e/ou cirurgias que na opinião do médico, sejam necessários em caso de inconsciência de minha parte.

_____ Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Candidato(a)

_____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos)

Isenção de Responsabilidade

Eu, _____, por meio desta, isento JOCUM (JOVENS COM UMA MISSÃO) e todos aqueles que trabalham nesta, como obreiro(a) ou voluntário(a), de qualquer responsabilidade causada por injúria, dano, prejuízo ou perda que por acaso aconteça durante o curso.

_____ Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Candidato(a)

_____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos)

Formulário Confidencial de Saúde

HISTÓRIA PESSOAL: Por favor, responda todas as perguntas e comente todas as respostas positivas nos espaços abaixo ou em uma folha separada.

VOCÊ JÁ TEVE OU TEM ALGUNS DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE CITADOS ABAIXO?

Problema de pele	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/>	Úlcera no estômago	<input type="checkbox"/>
Problema nos olhos	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>
Problema no ouvido	<input type="checkbox"/>	Problema de coração	<input type="checkbox"/>	Icterícia	<input type="checkbox"/>
Fratura no crânio	<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	Pressão baixa	<input type="checkbox"/>	Problemas intestinais	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Reumatismo/Artrite	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Problema mental ou de nervos	<input type="checkbox"/>	Deslocamento de juntas	<input type="checkbox"/>	Problemas de rins	<input type="checkbox"/>
Desmaios	<input type="checkbox"/>	Problemas de coluna	<input type="checkbox"/>	Diarréias	<input type="checkbox"/>
Fraqueza	<input type="checkbox"/>	Oso quebrado	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Paralisia	<input type="checkbox"/>	Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Doença venérea	<input type="checkbox"/>
Insônia	<input type="checkbox"/>	Apendicite	<input type="checkbox"/>	Tumor, Câncer	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>	Amígdala	<input type="checkbox"/>	SOMENTE MULHERES	
Penicilina	<input type="checkbox"/>	Hérnia	<input type="checkbox"/>	Menstruação irregular	<input type="checkbox"/>
Sulfa	<input type="checkbox"/>	Outras – Quais?	<input type="checkbox"/>	Cólicas fortes	<input type="checkbox"/>
Soro	<input type="checkbox"/>	_____		Fluxo em excesso	<input type="checkbox"/>
Outras - Quais	<input type="checkbox"/>	_____		Você está grávida?	<input type="checkbox"/>
Comida - Quais	<input type="checkbox"/>				

Outros? Explique: _____

Você está debaixo de cuidados médicos por alguma razão? Não Sim (Especifique)

Você está tomando algum tipo de medicação no momento? Não Sim (Especifique)

Você tem alguma deficiência física? Não Sim (Especifique)

Você está acima do seu peso normal? _____ Quanto? _____ Abaixo do seu peso normal? _____ Quanto? _____

Você considera suas condições físicas como: Excelente Boa Razoável Ruim

Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

HISTÓRICO FAMILIAR: Alguns dos seus familiares têm ou teve alguma das seguintes doenças?

	Grau de parentesco		Grau de parentesco
<input type="checkbox"/> Tuberculose	_____	<input type="checkbox"/> Artrite	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Doenças estomacais	_____
<input type="checkbox"/> Doenças renais	_____	<input type="checkbox"/> Asma	_____
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas	_____	<input type="checkbox"/> Convulsões/epilepsia	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensão	_____	<input type="checkbox"/> Câncer	_____

Você já teve algumas destas doenças contagiosas:

<input type="checkbox"/> Catapora	<input type="checkbox"/> Sarampo
<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Caxumba	<input type="checkbox"/> Outras (especifique)

Comentários: _____