

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHER OS FORMULÁRIOS
PARA O CURSO CRIANÇAS EM RISCO**

Obrigada por se inscrever no Curso Crianças em Risco da Universidade das Nações, Recife, Brasil. Para darmos início ao seu processo de inscrição, precisaremos receber todas 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\$ 100,00 (Cem 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.
7. Um formulário confidencial como referência.
8. Uma foto ¾ ou de passaporte recente.

Observações:

-Todos os pontos acima são necessários para a sua inscrição. Nós não daremos início ao processo de inscrição, caso algum dos pontos acima tenha sido incompleto.

-O formulário confidencial. Por favor, preencha a primeira parte do formulário confidencial, dê ao líder de ministério. Assegure-se de que ficou claro às essas pessoas que esses formulários deverão ser enviados para o endereço contido no formulário e que não deverá ser mostrado à você. E que sua inscrição não será concluída, caso não recebamos esses formulários.

-Todos os formulários deverão ser enviados para:

JOCUM - Curso CER
Caixa Postal 64
Camaragibe-PE
CEP: 54765-970 - Brasil

-A taxa de inscrição deverá ser depositada na conta do:

Banco Bradesco
Jovens Com Uma Missão
Agência 1230-0
Conta Corrente 38892-0

Uma cópia do comprovante de depósito deverá ser enviado para o endereço acima ou pelo fax: (81) 3458-7287

Formulário de Inscrição

Data de Início: _____
(dia/mês/ano)

Por favor, preencher com letra de fôrma.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F Fone:(____) _____

Nacionalidade: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nº Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Expedição: _____

Nº Passaporte: _____ Data Expedição: _____ Data Expiração: _____

CPF: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Número: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____ CEP: _____ -

Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Separado (a) Viúvo (a)

Filhos:

	Nome	Data de nascimento	Sexo	Escolaridade
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____

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: _____ Anos de experiência _____

Habilidade musical ou outros talentos: _____

EXPECTATIVAS:

Como você ficou sabendo sobre o Curso Crianças em Risco em Recife? _____

Qual motivo que mais te influenciou em se inscrever nesse curso? _____

Quais são suas expectativas para esse curso? (adicione outro papel se necessário) _____

ÁREAS DE INTERESSE

Durante o curso, você terá oportunidades de se envolver em todos os diferentes ministérios com crianças que temos aqui na base.

Marque de 1 a 5 em ordem de interesse, sendo 1 de maior interesse e 5 de menor interesse.

Abordagem - A equipe faz o primeiro contato com as crianças nas ruas, procurando facilitar sua recuperação e reintegração na sociedade.

Casa Esperança é o abrigo de restauração para ex meninos de rua. Os integrantes passam pelas várias fases do programa da casa, até que eles fiquem prontos para uma completa reintegração na sociedade.

Escola Herança Cristã - Criada em janeiro de 2000, atualmente alcançando cerca de 150 crianças de 3 a 8 anos de idade, atendendo seis bairros em Camaragibe onde se localiza o maior número de invasões e/ou favelas da cidade e tem um grande índice de desigualdade social.

Desenvolvimento Comunitário – Atendimento as famílias nos bairros de Santa Mônica, Alberto Maia, Timbi, etc. Nesta área estão os seguintes projetos:

Projeto Show de Bola – Atualmente atende 200 crianças e adolescentes de 9 a 18 anos com atividades sócio-educativas através de uma escola de futebol. Além de aprender futebol, os participantes e seus familiares recebem ministrações sobre o amor e o reino Deus.

Projeto AMAR – Desenvolve trabalhos de acompanhamento e assistência social a meninas na faixa etária de 10 a 15 anos.

Grupo de mulheres – Atendimento a mães da comunidade com roda de conversas, aconselhamento, terapia ocupacional com artesanatos e pequenos projetos para geração de renda.

Projeto Golpe de mestre – Atendendo cerca de 60 crianças, adolescentes e adultos, envolvendo alunos da EHC e moradores da comunidade local com aulas de Karatê, ensinando princípios e valores como: respeito, disciplina, perseverança.

Projeto Água viva – Nascido em setembro de 2010, é o mais novo projeto oferecido à comunidade. Com a proposta de atender crianças de 3 a 11 anos com aulas de natação, e atividades sociais.

SOBRE SUA PERSONALIDADE:

Circule ou grife as palavras que melhor descrevam sua personalidade:

Comunicativo, calmo, ativo, alegre, auto-confiante, melancólico, extrovertido, criativo, paciente, incrédulo, submisso, calado, fiel, sensível, tímido, instável, servo, amável, pensativo, leal, crítico, bem humorado, agressivo, companheiro, independente, domínio próprio, bom mordomo, manso, inseguro, franco, desconfiado, impulsivo, de iniciativa, ávido.

INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Diante do compromisso que você está fazendo neste formulário, há algumas informações do seu passado 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.

Já esteve preso a algum tipo de vício? _____ Especifique qual? _____

Por quanto tempo e como foi tratado? _____

Já teve algum envolvimento homossexual? _____ Quando, por quanto tempo e como foi recuperado?

Homossexualismo tem sido uma área difícil para você? _____

Escreva o nome e o telefone da pessoa que o ajudou na sua recuperação: _____

Você nos autoriza a obter informações com essa pessoa e 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? _____

Na infância, você foi vítima de abuso sexual? _____ Por quem? _____

Alguma vez você abusou de criança, maltratando-a? _____ Descreva como isso aconteceu, quando e porque?

Como foi resolvida esta situação? _____

Já esteve preso alguma vez? _____ Quando e porque? _____

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

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS NUMA FOLHA SEPARADA:

1. Quando e como se converteu?
2. Dê um breve relatório sobre o seu caminhar com o Senhor desde então.
3. Conte um pouco sobre sua família e indique quais membros são ou não cristãos.
4. Como você avalia sua infância?
5. Conte resumidamente sobre suas experiências com JOCUM e/ou outras missões.
6. 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 projeto?
7. No caso de ser casado e/ou ter filhos, como você vê a participação da sua família neste ministério?
8. Se você está separado ou divorciado, brevemente explicar o caso.
9. Se você está comprometido (namoro ou noivado) como você vê a participação dele/dela no seu chamado?
10. Você faz parte de JOCUM? Se não, com quem você vai fazer cumprir seu tempo prático?

PARA PESSOAS DE OUTRAS ENTIDADES:

Entidade onde você tem compromisso: _____

Endereço _____ Fone _____

Bairro _____ CEP _____ - _____ Cidade _____ Estado _____

Nome do Líder _____ Fone _____

Endereço _____ Bairro _____

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

PARA PESSOAS DE 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 o curso? _____ 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 MENSAIS, PREVIAMENTE ACERTADAS COM A LIDERANÇA. ESTOU CIENTE DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS, DOS OBREIROS E DOS ALUNOS DESTE CURSO. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS, DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura

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.

Assinatura do(a) Candidato(a) Local e data: _____, ____/____/____

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.

Assinatura do(a) Candidato(a) Local e data: _____, ____/____/____

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"/>	Ossos quebrados	<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 Sangüíneo: _____ 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"/> Cachumba	<input type="checkbox"/> Outras (especifique)

Comentários: _____

Atestado Médico

(para ser preenchido pelo Profissional)

(Imprima esta página e leve a um médico para o preenchimento)

Nome do candidato _____

O candidato citado acima está se inscrevendo para estudar em uma das escolas de JOCUM, Jovens Com Uma Missão. Este programa requererá boa saúde e resistência. Por favor, reveja as informações pessoais do candidato no verso da folha. Responda os itens abaixo e faça qualquer comentário adicional. Obrigado.

AVALIAÇÃO

Pressão sanguínea: _____ Pulso: _____

	Sim	Não	Por favor, descreva.
Ouvidos, nariz ou garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Olhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esqueleto muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
O candidato seria capaz de andar três Km por dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

RECOMENDAÇÕES MÉDICAS

- Aceitáveis sem limitações
- Não adequada
- Deve permanecer em áreas onde cuidados médicos adequados são providos.
- Adequada com limitações (especifique): _____

Por favor, escreva quaisquer outras observações que desejar:

Nome do médico (letra de forma): _____

Tel.: (_____) _____ CRM do Médico (letra de forma): _____

Local e data: _____, ____/____/____

Carimbo

Assinatura do médico