

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER OS FORMULÁRIOS PARA O CURSO DE FUNDAMENTOS EM MINISTÉRIOS DE ACONSELHAMENTO - FMA

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\$ 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. 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 o Líder da Base (caso você não esteja mais em Jocum, este formulário deverá ser enviado ao líder da Base onde você fez parte). Por favor, dê a cada um deles um envelope selado, endereçado a JOCUM - Recife, CP 64, CEP 54.765-970 - Camaragibe - PE - Brasil.
8. Uma foto $\frac{3}{4}$ ou de passaporte recente.
9. **Por favor, ore e conscientemente responda as perguntas abaixo em folhas de papel separado do formulário. Por favor, escreva em letra legível.**
 - A. Descreva sua experiência de conversão e relacionamento atual com Deus.
 - B. Quando e onde você fez sua ETED? Descreva sua experiência na ETED e em que você foi ajudado.
 - C. Como você descreveria seu relacionamento com sua família? Ela é Cristã? Como ela se sente a respeito da sua participação em uma das escolas de JOCUM?
 - D. Descreva sua relação com a sua igreja local, incluindo áreas em que você serve na mesma ou então esteja liderando.
 - E. No momento, você está trabalhando em qual ministério? Por favor, especifique sua resposta.
 - F. Descreva suas metas a longo prazo. Deus tem te falado sobre o teu chamado pessoal? Especifique.
 - G. Quais os motivos pelo qual você decidiu fazer esta escola?
 - H. Você já esteve sob tratamento psicológico ou psiquiátrico? Explique.
 - I. Você já esteve envolvido (a) em algum tipo de crime ou drogas, problemas causados por bebida, atividades ocultas, práticas homossexuais? Explique.
(Nota: Estas informações não irão afetar sua aceitação)
 - J. Que área em seu caráter você tem buscado em Deus um maior crescimento?
 - K. Como você ouviu falar da Escola de Introdução ao Aconselhamento Bíblico em Recife?
 - L. Anote qualquer outra informação que devemos saber a seu respeito.
 - M. Por favor, liste os nomes e endereços das duas pessoas que responderão os formulários confidenciais.



Foto

Formulário de Inscrição

Data de Início: _____
(dia/mês/ano)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____ Sexo: _____
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 e 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
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

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: _____
Nome do Pastor: _____
Base de JOCUM a que pertence: _____ Quanto tempo: _____
Endereço da Base: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
E-Mail da Base: _____ Líder da Base: _____

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: _____

EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM JOCUM

Você já fez alguma outra escola em Jocum ou participou de algum programa prático de curto prazo? _____

Especifique: _____

Nome do líder que o acompanhou: _____

Quais seus planos para depois desta escola?

Fazer outra escola Me tornar obreiro (a) de JOCUM Voltar ao trabalho

Me tornar obreiro (a) de outra instituição Trabalhar com minha igreja

Não sei Outro _____

Quais seus planos para depois desta escola?

Fazer outra escola Me tornar obreiro (a) de JOCUM Voltar ao trabalho

Me tornar obreiro (a) de outra instituição Trabalhar com minha igreja

Não sei Outro: _____

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

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)

Consentimento Legal (para menores de idade)

Eu _____, responsável legal por _____
(Nome completo do responsável legal)

_____, venho por meio desta, dar meu consentimento para
(Nome completo do (a) menor)
que o(a) mesmo(a) possa cursar a FMA – Fundamentos em Ministérios de Aconselhamento, em JOCUM Recife, podendo o mesmo realizar viagens nacionais (caso seja necessário) com a equipe da Missão.

Grau de Parentesco: _____.

Local e data: _____, ____/____/____

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"/>	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