



## Instruções para preenchimento do Formulário

**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 com todas as questões respondidas e devidamente assinado. Se o candidato for menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal deverá assinar o formulário.
2. Taxa de Inscrição R\$ 50,00 (Cinquenta reais). Caso haja desistência, não haverá reembolso.
3. Uma foto  $\frac{3}{4}$  ou de passaporte recente.

**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. Descreva qualquer outra experiência significativa que você tenha tido em sua caminhada com o Senhor.
- 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.
- E. Descreva suas habilidades e talentos (Ex.: música, mecânica, primeiros socorros, idiomas, etc.).
- F. No momento, você está trabalhando ou estudando? Por favor, especifique sua resposta.
- G. Você já teve alguma experiência anterior em missões? Onde e em que tipo de ministério você esteve envolvido (a)?
- H. Já esteve envolvido com JOCUM em algum programa prático de curto prazo ou de treinamento?
- I. Como você ouviu falar da base de JOCUM em Recife e da escola de férias?
- J. Porque você deseja fazer parte desta escola?
- K. Anote qualquer outra informação que devemos saber a seu respeito.

### JOVENS COM UMA MISSÃO



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)  Casado(a)  Outros

### 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.

### 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: \_\_\_\_\_

### EDUCAÇÃO ESCOLAR

Grau de Instrução completa: \_\_\_\_\_

Formado em: \_\_\_\_\_

Idiomas falados por ordem de fluência:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR:**

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

EU CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO SÃO TOTALMENTE CORRETAS. SE FOR ACEITO POR JOVENS COM UMA MISSÃO, ESTAREI ME SUBMETENDO AO ESPÍRITO SANTO E AS REGRAS E ESCALAS DO PROGRAMA DE FÉRIAS. ESTOU ALERTO (A) DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS E DOS OBREIROS DESTA ESCOLA. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS, DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Local e Data (dia/mês/ano)* *Assinatura do candidato*



## Recomendação Pastoral

Prezado Pastor, o candidato acima se inscreveu para participar da Escola de Férias em JOCUM. JOCUM foi fundada em 1960 e é uma organização missionária cristã, internacional e interdenominacional. Daremos sérias considerações aos seus comentários neste formulário. Obrigado pela sua cooperação.

**Você recomendaria o candidato a ser aceito nesta escola de JOCUM?**

- Sim
- Sim, mas com algumas reservas.
- Não. Explique \_\_\_\_\_

**A sua Igreja apóia o candidato e se compromete a orar pelo mesmo?** \_\_\_\_\_

**Por favor, escreva quaisquer outras informações que considerar necessárias** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES PASTORAIS

Nome (Em letra de forma) \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Fone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(dia/mês/ano)*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Pastor*



## Consentimento para Tratamento Médico

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a) Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dia/mês/ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos) Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dia/mês/ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos) Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

## Consentimento Legal para Menores

Eu \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_  
(Nome completo do responsável legal)

\_\_\_\_\_  
(Nome completo do (a) menor), venho por meio desta, dar meu consentimento para que o(a) mesmo(a) possa cursar a EF – Escola de Férias, em JOCUM Recife, podendo o mesmo realizar viagens nacionais (caso seja necessário) com a equipe da Missão.

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dia/mês/ano)

\_\_\_\_\_  
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"/>	<b>SOMENTE MULHERES</b>	
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: \_\_\_\_\_

Você já teve algumas destas doenças:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_