

Escola Missionária Janeiro/2018



Solicitação de Inscrição

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: () _____ Email: _____

Altura: _____ Peso: _____ Sexo: M F RG: _____

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

Profissão: _____ Brasileiro: Sim Não Nacionalidade: _____

Notificar em Caso de Emergência: _____ Telefone: () _____

AFILIAÇÃO RELIGIOSA

É Adventista do Sétimo Dia? Sim Não Outra: _____

Igreja que frequenta: _____ Endereço: _____

Pastor Atual: _____ Telefone: () _____

Há quantos anos é cristão? _____ Já foi batizado? Se sim, quando? _____

Quais livros do Espírito de Profecia já leu por completo? _____

Quais atividades evangelísticas te agradam participar? _____

Em quais cargos da igreja você já serviu? _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Você já fez ou faz uso de algum dos itens abaixo? (Quando utilizou por último)

Álcool: Sim Não _____ Cigarro: Sim Não _____ Drogas: Sim Não _____

Cafeína: Sim Não _____ Você é vegetariano? Sim Não Se sim, há quanto tempo? _____

Faz uso de medicações controladas? Sim Não Qual? _____

HABILIDADES E TALENTOS

Por favor, resumir e relatar suas habilidades: _____

Você tem habilidades musicais? Sim Não Se sim, descreva-as: _____

Você estaria disposto (a) a levar seu instrumento e tocar nos cultos durante o curso? _____

Outros hobbies ou interesses: _____

Você já esteve envolvido em serviço missionário? Sim Não Se sim, por favor explique: _____

Quais os motivos que levaram você a fazer o curso? _____

Que experiência você espera obter na Escola Missionária? _____

Quais são seus planos futuros após deixar a Escola Missionária? _____

Eu declaro que as respostas aqui fornecidas são verdadeiras e sinceras.

Eu creio que, através da fé e oração, Deus está me conduzindo para ser aluno desta escola e escolho colocar a minha vida em harmonia com os princípios Divinos descritos na Bíblia e Espírito de Profecia.

Assinatura: _____ Data: _____

ENVIAR A FICHA DEVIDAMENTE PREENCHIDA POR E-MAIL, FAX, CORREIO OU PESSOALMENTE:

Associação Paulistana da Igreja Adventista do Sétimo Dia

Ministério da Saúde e Temperança

Avenida Santo Amaro, 2949 - Brooklin - 04555-000 - São Paulo - SP

Tel.: 55 11 3545-0852

e-mail: jackeline.oliveira@ucb.org.br

CONFIDENCIAL



Formulário de Recomendação

Candidato: _____

Que relacionamento tem com o candidato? Pastor Ancião Professor

Há quanto tempo conhece o candidato? Mais de dois anos Um a dois anos

Com que regularidade convive com o candidato?

Regularmente Frequentemente Menos de um ano Ocasionalmente Raramente

Características Pessoais

1. Vida Espiritual

O candidato tem tido uma vida espiritual vibrante? _____

Tem ele tido uma caminhada pessoal com Deus e está interessado em programas espirituais da igreja? _____

O candidato segue os princípios da Igreja Adventista do Sétimo Dia? _____

2. Atividades Missionárias

O candidato está interessado na salvação de amigos e parentes? _____

Está ele envolvido em atividades missionárias particular ou em conjunto com a igreja? _____

3. Expectativas

O que espera do candidato depois deste regressar do nosso curso? _____

Use este espaço para algum comentário que julgue útil: _____

Contato do Avaliador

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Assinatura: _____

Enviar este formulário devidamente preenchido e assinado em envelope lacrado.