



Formulário Pessoal

Foto

Nome _____
_____ Endereço _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____
Local de Nascimento _____ UF _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____
Peso _____ Altura _____ Sexo _____ Nacionalidade _____
RG _____ CPF _____ Estado Civil _____
Cônjuge _____ Quantos Filhos _____
Nome do Filho (a) _____ Idade _____
Nome do Filho (a) _____ Idade _____
Telefone _____ E-mail _____

Igreja a que pertence _____
Endereço da igreja _____
Cidade _____ UF _____ CEP _____
Pastor _____ Fone _____
E-mail do pastor _____
Quanto tempo participa da Igreja _____ Cargo _____

Grau de Instrução _____ Formado em _____
Quais idiomas que fala e escreve _____
Já prestou serviço militar _____ Último emprego _____
Tem carteira de habilitação? () Não () Sim. Categoria: _____
Habilidade musical (instrumentos) _____
Já esteve envolvido com alguma escola de treinamento missionário?
() Não () Sim. Qual _____ Local _____
Nome do Líder _____ Função _____ Ano _____
Quanto tempo de convertido _____ Por quantas igrejas já passou _____
Porque deseja fazer a escola ESMID? _____

Deseja informar mais sobre as habilidades?

Assinatura _____ Data ____ / ____ / ____
--



Formulário Confidencial de Saúde

Nome do Candidato _____ Fone _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

Histórico Pessoal de Saúde

Você tem alguma doença? () Sim () Não. Caso tenha alguma, comente sobre ela no espaço abaixo ou em folha anexa:

HIV/AIDS () Positivo () Negativo.

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

Especifique _____

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

Especifique _____

Você tem alguma deficiência física? () Sim () Não.

Especifique _____

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

Qual o seu tipo sanguíneo? **A** (); **B** (); **AB** (); **O** (); Fator Rh: **+** (); **-** ().

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO MÉDICO

Eu _____ concordo na
efetuação de tratamento anestésicos ou cirúrgicos que na opinião do médico, sejam necessários em
caso de inconsciência da minha parte.

Assinatura do candidato

Data: ____/____/_____.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____ por meio desta,
isento a ESMID, bem como a todos quantos nela trabalham, de qualquer responsabilidade causada
por injúria, dano, prejuízo ou perda que por acaso aconteça durante o curso.

Assinatura do candidato

Data: ____/____/_____.