

PROGRAMA TRANSVERSAL DE ACOMPANHAMENTO AO DISCENTE

- FICHA DE CADASTRO -

Dados Pessoais

Nome: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M

Endereço: _____

CEP: _____ - _____

Cidade: _____ Estado: _____

Fones: () _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Curso: _____

E-mail: _____ Twitter: _____

Facebook: _____ Skype: _____

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

Outro: _____

Vivência em Comunidade Cristã

Comunidade que participa: _____

Pastor: _____

Qual é o seu envolvimento e participação na igreja? (Inclua há quanto tempo)

Familiaridade, empatia, facilidade com:

Crianças Adolescentes Jovens Casais Adultos Famílias

Para as respostas abaixo, use os espaços em branco e o verso da folha.

1 - Você tem um compromisso consciente com Deus?

2 - Como é seu relacionamento com Deus atualmente? Cultiva hábitos devocionais?

5 - Quais são os aspectos da sua vida nos quais você precisa crescer, amadurecer, desenvolver-se?

6 - Existe algum aspecto de sua vida, sobre o qual gostaria de um acompanhamento pastoral mais próximo/personalizado?

7 - Quais são seus talentos e habilidades? Não seja modesto(a).

8 - Quais são seus hobbies e interesses?

9 - Há alguma outra informação importante que queira compartilhar?

Vocação para o estudo da teologia e o ministério:

1 - Houve pessoas que o incentivaram ao estudo da teologia e/ou que afirmaram que você tem vocação? (Se desejar abrir, mencione quem foram essas pessoas). E quais foram os argumentos que essas pessoas usaram para lhe motivar, ou seja, o que elas viram em você?

2 - Por que você quer estudar Teologia e quais seriam seus objetivos após a conclusão do curso?

3 - Você se considera vocacionado para o trabalho no Reino de Deus? Justifique.

Relatório de Saúde

1 - Seu estado de saúde é: ótimo bom regular ruim.

2 - Você tem algum convênio médico? Qual? _____

3 - Comente algum problema de saúde, se for o caso:

4 - Qual a data aproximada do seu último exame médico? _____

5 - Já teve depressão? Não Sim – Se “sim” descreva o grau de depressão e o tempo de tratamento:

6 - Já sofreu alguma crise nervosa? Não Sim – Se “sim” descreva como foi e o tratamento que foi administrado:

7 - Você sofre de alterações repentinas de humor? Não Sim – Se “sim” descreva como é:

8 - Você já fez algum outro tipo de tratamento de saúde? Não Sim – Se “sim” descreva qual/quais:

Contato em caso de Emergência:

Nome: _____

Fone: () _____ 2º Fone: () _____

Tem Treinamento em Primeiros Socorros? Não Sim

Caso sim, onde foi treinado? _____

Data: ___/___/___

Nome legível e assinatura: _____

