

FICHA DE MATRICULA
FORMAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA FEMININA

NOME: _____ R.G: _____

CPF: _____ D.N: _____ CONG: _____

ESCOLARIDADE: () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR

PROFISSÃO: _____

TEMPO DE CONVERSÃO: _____

DISPONIBILIDADE DE TEMPO PARA O TRABALHO?: () SIM () NÃO

DIFICULDADE PARA SE CONGREGAR?: () SIM () NÃO () AS VEZES

ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? NÃO () SIM () QUAL? _____

TEM DIFICULDADE EM FICAR DE PÉ POR ALGUM TEMPO? () SIM

() NÃO () OUTRO: _____

FAZ USO SISTEMÁTICO DE ALGUMA MEDICAÇÃO: () SIM () NÃO

FONE: _____ E-MAIL: _____

CIDADE: _____

Responda a questão:

Qual o maior motivo que te leva a participar da Formação para o serviço da Assistência Feminina na sua igreja? (resumidamente, descrever nas linhas abaixo)
