

Tineri Pentru Misiune, Constanța

“Să-L cunosc pe Dumnezeu și să-L fac cunoscut.”



CERERE DE ADMITERE ÎN ȘCOALA INTERNAȚIONALĂ DE UCENICIE

INFORMAȚII GENERALE:

Numele: _____

Adresa: _____

Orașul: _____ Județul: _____ Cod: _____

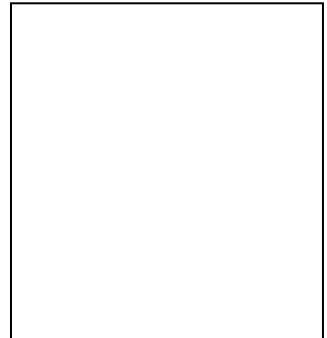
Tel. acasă: _____ Tel. locul de muncă: _____ Fax/E-mail: _____

Sex: _____ Data nașterii: _____ Starea civilă: _____

Naționalitatea: _____ Cetățenia: _____

Locul nașterii: _____ Nr. pașaport: _____ Data expirării: _____

Aveți carnet de șofer? DA NU Dacă da, ce fel? _____



ÎN CAZ DE URGENȚĂ CONTACTAȚI:

Numele: _____ Adresa: _____

Orașul: _____ Județul: _____ Cod: _____ Țara: _____

Relația (înrudirea): _____ Telefon: _____

INFORMAȚII SPECIALE:

Suferiți de un handicap fizic? (specificați) _____

Sunteți sub îngrijirea medicului sau sub tratament special? _____

Ce fel de îndemânări aveți? (specificați) _____

INFORMAȚII DESPRE BISERICA DUMNEAVOASTRĂ:

Numele bisericii: _____ Numele pastorului: _____

Adresa bisericii: _____ Orașul: _____

Cod: _____ Telefon: _____ De cât timp frecvențați această biserică? _____

Știe pastorul dumneavoastră că aplicați pentru acest program? DA NU

STAREA CIVILĂ:

Încercuiți: necăsătorit(ă) ~ căsătorit(ă) ~ despărțit(ă) ~ divorțat(ă) ~ văduv(ă)
Veți fi însoțit(ă) de vreun copil? DA NU Dacă DA, vă rugăm specificați numele, vârsta și sexul copiilor în spațiile rezervate mai jos:

NUMELE copilului

SEXUL

VÂRSTA

Tineri Pentru Misiune, Constanța

“Să-L cunoșc pe Dumnezeu și să-L fac cunoscut.”



EVALUARE CONFIDENȚIALĂ

Aplicantul(-a) a solicitat participarea la unul din programele oferite de organizația Tineri Pentru Misiune (Youth With A Mission), o organizație creștină misionară, fondată în 1960. Ne vom apleca cu seriozitate asupra răspunsurilor dumneavoastră și, de aceea, vă rugăm să completați cu atenție acest formular. Toate evaluările sunt confidențiale și nu vor fi arătate aplicantului(-ei). Mulțumim pentru ajutorul acordat.

PENTRU APLICANT(Ă):

Completați datele următoare. Aceasta este o evaluare confidențială, de aceea nu poate fi văzută.

Numele aplicantului(-ei) _____

Adresa _____ Telefon _____

Care este relația dumneavoastră cu aplicantul(-a)? _____ șef _____ profesor _____ pastor _____ prieten _____ Alta _____

Cât de bine îl(o) cunoașteți pe aplicant(-ă) _____ foarte bine _____ bine _____ nu prea bine

De cât timp îl(o) cunoașteți? _____ ani _____ luni

Vă rugăm studiați însușirile de mai jos și bifați căsuța potrivită:

	MAXIM	PESTE MEDIU	MEDIU	SUB MEDIU	MINIM
Abilitatea de a primi corecție	___	___	___	___	___
Încredere în sine	___	___	___	___	___
Abilitate de a lua decizii	___	___	___	___	___
Echilibru social	___	___	___	___	___
Grijă pentru alții	___	___	___	___	___
Capacitate de a asculta	___	___	___	___	___
Abilități de conducere	___	___	___	___	___
Dorință de a servi	___	___	___	___	___
Stabilitate emoțională	___	___	___	___	___
Comunicativitate	___	___	___	___	___
Starea sănătății	___	___	___	___	___
Aspect exterior	___	___	___	___	___

Comentarii _____

Abilități mentale	___ înțelege repede	___ mediu	___ încet
Muncitor	___ harnic	___ mediu	___ lipsește perseverența
Caracter creștin	___ puternic	___ mediu	___ slab
Munca în echipă	___ lucrează bine cu alții	___ mediu	___ provoacă uneori neînțelegeri
Responsabilitatea	___ îndeplinește obligațiile	___ mediu	___ neglijează responsabilitățile
Flexibilitatea	___ deschis pentru schimbare	___ mediu	___ rigid
Dispoziția	___ vesel	___ mediu	___ pesimist
Punctualitatea	___ punctual	___ mediu	___ întârzie uneori
Responsabilitatea financiară	___ onorează obligațiile	___ mediu	___ neglijent

Comentarii _____

1. Care dintre următoarele descrie cel mai bine experiența creștină a aplicantului(-ei)?

Matur Entuziast Sincer și în creștere Prea emoțional Superficial

Comentarii _____

2. Cum este în lucrarea creștină? Dedicat Mediu Sporadic

Comentarii _____

3. Manifestă standarde morale înalte? Da Nu Explicați _____

4. Are prejudecăți cu privire la alte rase sau naționalități? Da (explicați) Nu

5. Din ce motive credeți că aplicantul (-a) participă la acest program?

Pentru lucrarea creștină Dorința de a răspândi evanghelia Pt. a primi ajutor Aventură

Dorința de a ajuta pe alții Pt. a fugi de o situație neplăcută acasă Să călătorească

Altele (explicați) _____

6. Explicați puțin situația familială a aplicantului(-ei) _____

7. Care considerați că ar fi punctele tari ale aplicantului(-ei)? (inclusiv abilități speciale) _____

8. Care considerați că ar fi punctele slabe ale aplicantului(-ei)? El/ea le cunoaște? _____

9. Vă rugăm să adăugați alte remarci utile (ex. medicale, psihologice, consum alcool, etc.) _____

10. Ce ar putea face Tineri Pentru Misiune pentru a ajuta la dezvoltarea personală a aplicantului(-ei)? _____

11. (Numai pentru pastor) Biserica dumneavoastră îl(o) susține în rugăciune și financiar pe applicant(-ă)? _____

12. Ați recomanda ca aplicantul(-a) să fie acceptat(-ă) în acest program?

Da Da, cu rezerve (explicați) Nu (explicați) _____

Semnătura _____ Data _____

Numele (cu majuscule) _____ Tel. _____

Adresa _____ Orașul _____ Cod _____

Tineri Pentru Misiune, Constanța

“Să-L cunosc pe Dumnezeu și să-L fac cunoscut.”



FORMULAR MEDICAL

Numele aplicantului _____
În caz de urgență contactați: NUMELE _____
ADRESA _____
TELEFON _____

ĂȚI AVUT, SAU SUFERIȚI ÎN PREZENT, DE UNA DIN BOLILE DE MAI JOS?

	DA	NU		DA	NU		DA	NU
Boli dermatologice (ale pielii)	___	___	Insuficiență respiratorie	___	___	Stomac/Ulcer duodenal	___	___
Probleme cu ochii	___	___	Astm	___	___	Probleme cu vezica biliară	___	___
Probleme cu urechile	___	___	Probleme cu inima	___	___	Icter	___	___
Traumatism cranian	___	___	Hipertensiune	___	___	Hepatită	___	___
Dureri de cap	___	___	Hipotensiune	___	___	Probleme intestinale	___	___
Epilepsie	___	___	Reumatism	___	___	Diaree frecventă	___	___
Tulburări mentale sau nervoase	___	___	Probleme cu spatele	___	___	Diabet	___	___
Astenie (slăbiciune)	___	___	Dislocații ale articulațiilor	___	___	Boli de rinichi	___	___
Paralizie	___	___	Fracturi de oase	___	___	Anemie	___	___
Insomnie	___	___	Probleme digestive	___	___	Boli venerice	___	___
Alergie	___	___	Intervenții chirurgicale	___	___	Cancer/tumori	___	___
*penicilină	___	___	*Apendicită	___	___			
*sulfamide	___	___	*Hernie	___	___	PENTRU FEMEI NUMAI:		
*ser	___	___	*Amigdale	___	___	*cicluri neregulate	___	___
*altele	___	___	*Altele (specificați)	___	___	*dureri menstruale excesive	___	___
*mâncare (specificați)	___	___				*scurgeri excesive	___	___
						*sarcini anterioare	___	___
						*avort	___	___

Altele (explicați) _____

Sunteți sub îngrijirea medicului? ___ NU ___ DA (specificați) _____

Vă aflați sub tratament medical? ___ NU ___ DA (specificați) _____

Aveți vreun handicap fizic sau probleme cu sănătatea care necesită o atenție specială? ___ NU ___ DA (specificați) _____

Sunteți ___ peste greutatea normală? ___ sub greutatea normală? Kg. peste/sub _____ Grupa sanguină _____

Cum considerați sănătatea dumneavoastră? ___ excelentă ___ bună ___ proastă

A SUFERIT VREUN MEMBRU AL FAMILIEI DVS. DE UNA SAU MAI MULTE DIN BOLILE ÎNȘIRUITE MAI JOS?

DA	NU	ÎNRUDIREA	DA	NU	ÎNRUDIREA
___	___	Tuberculoză _____	___	___	Artrită _____
___	___	Diabet _____	___	___	Boli de stomac _____
___	___	Boli de rinichi _____	___	___	Astm, alergie _____
___	___	Boli de inimă _____	___	___	Convulsii, epilepsie _____
___	___	Hipertensiune _____	___	___	Cancer _____

DE CARE DIN BOLILE INFECȚIOASE ÎNȘIRUITE MAI JOS AȚI SUFERIT?

DA	NU	DA	NU	DA	NU					
___	___	Vărsat de vânt	___	___	Tuse convulsivă	___	___	Oreon	___	___
___	___	Rujeolă (pojar)	___	___	Scarlatină	___	___	Varicelă	___	___
___	___	Rubeolă	___	___	Tuberculoză	___	___	Altele (specificați)	___	___

Tineri Pentru Misiune, Constanța

“Să-L cunosc pe Dumnezeu și să-L fac cunoscut.”



Vă rugăm completați și semnați, prin aceasta arătând că înțelegeți necesitatea și importanța legală a celor ce urmează:

LUARE LA CUNOȘTINȚĂ

Confirm că am citit și înțeles obligațiile mele financiare pe perioada școlii. Astfel, îmi asum responsabilitatea să plătesc toate cheltuielile personale pentru perioada implicării mele în organizația Tineri Pentru Misiune (TPM).

Am completat toate părțile cererii de admitere în TPM și, în cazul unui răspuns pozitiv din partea dumneavoastră, mă oblig să respect autoritatea și programul organizației TPM.

Semnătura aplicantului(-ei) _____

Data _____

DECLARAȚIE DE ABSOLVIRE A OBLIGAȚIILOR

Prin prezenta, absolv organizația TPM – reprezentanți, angajați, asistenți, voluntari – de orice responsabilitate în caz de accident, vătămare corporală, pagube sau pierderi, pe durata participării mele la cursurile din cadrul TPM.

Semnătura aplicantului(-ei) _____

Data _____

ÎNCUVIINȚARE PENTRU TRATAMENT MEDICAL

Declar că sunt de acord ca, în caz de urgență, să mă supun tratamentului medical (anestezie, intervenție chirurgicală) considerat necesar de către medical care va acorda îngrijirea.

Semnătura aplicantului(-ei) _____

Data _____

Tineri Pentru Misiune, C.P. 3-307, 900790, Constanța
Telefon: 0241-550-112, 0741-146-355; e-mail: dtsconstanta@ywam.ro; web: www.TPMConstanta.ro