

Formulário adicional

Preencha este formulário com atenção e letra legível.

Seu nome completo: _____

Data de Batismo: _____

Como foi a sua conversão?

.....
.....
.....
.....

Ministérios que atua ou faz parte:

.....
.....
.....
.....

Realizou alguma cirurgia nos últimos 6 meses ou vai realizar antes do projeto? Se sim, descreva qual.

.....
.....
.....
.....

Possui alguma restrição alimentar? Se sim, descreva qual.

.....
.....

Faz uso de alguma medicação? Se sim, descreva qual.

Alergia a alguma medicação?

Possui algum problema de saúde? Se sim, descreva qual.

Possui algum problema de locomoção? Se sim, descreva qual.

Declaro que todas as informações deste formulário são verdadeiras.

Assinatura _____

Data: _____ Local: _____