



CENTRO DE MISSÕES
Convenção das Igrejas Baptistas Independentes

INFORMAÇÕES PARA MATRÍCULA

Nome: _____

Endereço: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Endereço eletrónico: _____

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Escolaridade: _____

Matrícula: Nova ()
Transferência ()
Nome da Escola: _____

Curso que pretende fazer: Curso Básico de Teologia-Presencial – 1 ano ()
Curso Básico de Teologia a distância – 1 ano ()
Curso Médio de Teologia-Presencial – 3 anos ()
Curso Médio de Teologia a distância-3 anos ()
Curso de Missões- Presencial-14 meses ()
Curso de Missões a distância-14 meses ()

Data das informações: _____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) candidato (a)



CENTRO DE MISSÕES
Convenção das Igrejas Baptistas Independentes

PEDIDO DE MATRÍCULA

A Igreja _____

solicita ao **Centro de Missões** o pedido de matrícula de

recomendando-o (a) ao seguinte Curso:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Curso Básico de Teologia-Presencial (1 ano)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Curso Básico de Teologia a distância (1 ano)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Curso Médio de Teologia-Presencial (3 anos)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Curso Médio de Teologia a distância (3 anos)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Curso de Missões-Presencial (14 meses)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Curso de Missões a distância (14 meses)</i> |

Com esta recomendação, assumimos o compromisso de acompanhar o seu desempenho escolar e a sua vida cristã, ajudando-o (a) na sua integração ao trabalho da Igreja.

_____, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Pastor ou Responsável pela Igreja:
