



EREU – Encontro Regional Espírita de Unificação – 2014 – Teresópolis

CEERJ – REUNIR II – Região Serrana

8º CEU - Nova Friburgo, 13º CEU - Teresópolis e Guapimirim, 18º CEU - Carmo, 45º CEU - Cantagalo

Tema Central:

"150 anos da publicação de O Evangelho Segundo o Espiritismo"

Domingo, 15 de junho de 2014

Local: **Colégio Estadual Higinio da Silveira**

Av. Delfim Moreira, 1115 - Várzea, Teresópolis, RJ. CEP: 25953-184

Para inscrição feita até o dia 31/05/2014 a contribuição é de R\$ 20,00 por pessoa.

De 01/06/2014 até 07/06/2014 a contribuição é de R\$ 25,00 por pessoa

Para inscrição feita até o dia 06/06/2014 a contribuição é de R\$ 20,00 por pessoa.

De 07/06/2014 até 12/06/2014 a contribuição é de R\$ 25,00 por pessoa

* A contribuição dá direito a almoço no local. * Crianças até 12 anos não pagam.

Público Alvo: **Trabalhadores engajados nas atividades da casa espírita que serão multiplicadores das experiências adquiridas no encontro.**

Pedimos enviar esta ficha até 11/06/2014 devidamente preenchida, junto com informações do depósito para o e-mail: contato@13ceu.org

Cronograma das Atividades:

08:30 → 09:15 -Recepção / Distribuição de crachás / Café.

09:15 → 10:00 -Apresentação Musical / Leitura de página / Prece inicial / Palavras da Diretoria do CEERJ.

10:00 → 12:00 -Atividades nos Centros de Interesse.

12:00 → 13:30 - Almoço.

13:30 → 15:30 - Término dos estudos em cada Centro de Interesse.

15:30 → 16:00 - Palavras finais / Encerramento / Prece.

Favor preencher com letra de forma e legível

FICHA DE INSCRIÇÃO - EREU 2014

Data da Inscrição: ____ / ____ / ____

DADOS DA IE - INSTITUIÇÃO ESPÍRITA

CEU: _____ SIGLA: _____ NOME: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

SITE/EMAIL: _____

DIRIGENTE RESPONSÁVEL: _____ CELULAR. : (____) _____

DADOS DOS PARTICIPANTES DA IE NOS CENTROS DE INTERESSES

CI 1 - Unificação (Exclusivo para Coordenadores do CEU e Diretoria das IE)

Coordenador/Representante no CEU

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____

E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____

ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

Presidente ou Diretor da Casa Espírita

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____

E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____

ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

CI 2 - Estudos Espíritas (Exclusivo a Equipe AREE do CEU e responsável pela área doutrinária da IE)

Responsável pela área doutrinária da Casa Espírita

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

1º Trabalhador da Área de Educação Espírita dentro CEU (opcional se representa a sua casa)

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

2º Trabalhador da Área de Educação Espírita dentro do CEU (opcional se representa a sua casa)

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

CI 3 - Evangelização (Responsáveis pela Evangelização da IE)

Evangelizador

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

Evangelizador

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

CI 4 - Mediunidade (Dirigentes e trabalhadores de reunião mediúnica)

Dirigente ou trabalhador de Reunião Mediúnica

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

Dirigente ou trabalhador de Reunião Mediúnica

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

CI 5 - Comunicação Social (Dirigentes e trabalhadores envolvidos com divulgação e comunicação)

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

CI 6 - Administração e Finanças (Dirigentes e Responsáveis pela Adm. Financeira ou tesouraria)

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
NOME P/ CRACHÁ: _____ CEL: (____) _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: (____) _____
E-MAIL: _____ Alérgico ao alimento ou remédio? _____
ATIVIDADES **CEU/IE**: _____ Participou de quantos EREU? ____ É Vegetariano? _____

Pequenos Companheiros (Filhos dos Participantes – De 3 a 12 anos)

Idade	Nome da Criança	Nome do Responsável inscrito	Especial?	Vegetariano?

Valor da contribuição por pessoa de acordo com a data do depósito (R\$ 20,00 até 06/06/2014 ou R\$ 25,00 até 12/06/2014)

Número de Adultos: _____ (Acima de 12 anos)

Data do Depósito: ____/____/2014

Valor total do depósito: R\$ _____

Banco e Agência que fez o depósito: _____

Observações:

ASSINATURA DO DIRIGENTE DA IE