

Association of Faith Churches and Ministries (Canada)

PO Box 3253, Langley, BC V3A 4R6
PH: 604-539-2047 FX: 604-539-2043
EM: afcmcan@telus.net WEB: www.afcmcanada.org

USAGE BUREAU SEULEMENT

*Date Envoyé _____
Date Reçu _____
Ck. No. _____ Montant\$ _____
Époux Application ____ Oui ____ No
*Application valide pour 3 mois depuis la

APPLICATION

1. Attachez une PHOTO RÉCENTE (tête et épaule seulement). Si vous et votre époux(se) appliquez, deux applications distinctes doivent être remplies avec photographie personnelle.
2. SVP, brochez votre paiement pour AFCM à ce formulaire. \$25.00 NON REMBOURSABLE pour frais d'application sont INCLUS . (L'application ne sera pas traitée sans les frais.)
3. SVP, LETTRE D'IMPRIMERIE claire. Si une question ne s'applique pas, inscrivez N/A.
4. J'applique pour: (Cochez un)

<input type="checkbox"/>	Ordination	\$100.00
<input type="checkbox"/>	Licence Provisoire	\$100.00
<input type="checkbox"/>	Licence Ministérielle	\$100.00
<input type="checkbox"/>	Affilié seulement	\$ 75.00

NOTE: Pour être affilié seulement, vous devez déjà détenir une accréditation ministérielle (licence ou ordination) d'un autre organisme; svp,

S.V.P
JOINDRE
VOTRE PHOTO
ICI

A. PERSONNEL

Nom	Prénom	(Prénom préféré)	Middle Name	Maiden Name
-----	--------	------------------	-------------	-------------

Information Maison

Adresse	Ville, Prov.	P. Code	Pays
---------	--------------	---------	------

Tél. No.	Cell. No	Fax No.	Courriel personnel
----------	----------	---------	--------------------

Ministère Information

Nom Église/Ministère _____

Adresse	Ville, Prov.	P. Code	Pays
---------	--------------	---------	------

Tél. No.	Fax No.	Courriel bureau	Web site
----------	---------	-----------------	----------

À quelle adresse voulez-vous recevoir votre courrier? Maison Bureau

S.I.N.	Sexe	Date Naissance	Age	Citoyenneté - Non canadien, svp, fournir
--------	------	----------------	-----	--

STATUT CONJUGAL Marié Fiancé* Célibataire Veuf(ve) Séparé** Divorcé**

*Confirmer par écrit la date du mariage

**Séparé ou divorcé, fournir les détails complets sur un feuille séparée, incluant la date de divorce ou séparation.

Époux(se) ou Fiancé(e) Nom	Date de Naissance	Mariage Date, present or proposed.
----------------------------	-------------------	------------------------------------

- Oui Non Votre époux(se) ou fiancé(e) est sauvé et rempli du Saint-Esprit avec l'évidence de parler en langues
 Oui Non Voulez-vous, votre époux(se) ou fiancé(e) et vous-mêmes vous soumettre au leadership d'AFCM?

B. SERVICE D'ÉGLISE ET RÉFÉRENCES

Donnez une liste des églises dont vous êtes pasteur que vous fréquentez présentement

Nom de l'église	Pasteur Sénior	Téléphone
-----------------	----------------	-----------

Adresse	Ville	Province	Code Postal
---------	-------	----------	-------------

Depuis combien de temps y êtes-vous pasteur ou fréquentez-vous cette église ? _____

Moins d'un an, donnez la raison, et donnez le nom de la dernière église que vous avez fréquenté, incluant le nom du pasteur, l'adresse et le numéro de téléphone, et la raison de votre départ.

Si vous N'ÊTES PAS présentement impliqué dans une église locale, donnez une explication BRÈVE sur une feuille séparée

Avez-vous déjà été impliqué dans une division d'église ? Oui Non Si oui, dites quand c'est arrivé et votre implication

C. RÉFÉRENCE

(Quelqu'un autre que familial qui vous connaît bien depuis trois ans ou plus. Cette référence doit être en plus u formulaire de recommandation inclus dans cette application.)

Nom	Adresse
-----	---------

Ville	Province	Code Postal	Téléphone
-------	----------	-------------	-----------

D. VOTRE MINISTÈRE

Avez-vous un appel défini de Dieu sur votre vie pour entrer dans le ministère à plein temps Oui Non

Si oui, expliquez BRIÈVEMENT quand, comment et pourquoi vous avez été appelé de Dieu

Êtes-vous dans le ministère à plein temps ? Oui Non Si non, expliquez BRIÈVEMENT sur une feuille séparée

Dans quel domaine êtes-vous impliqué présentement ?

Pasteur Asst. Pasteur Missionnaire (en sol étranger) Jeunesse Ministère Musique
 Aide Itinérant* Missionnaire (résidant dans votre pays) Pasteur Enfants Aumônier

* Si vous êtes Itinérant, dans quel domaine êtes-vous spécialisé ? Évangélisme Musique Enfant Jeunesse

* Si vous êtes dans le ministère d'AIDE, enseignez/prêchez-vous sur une base régulière ? Oui Non

Si vous êtes pasteur, quelle est l'assistance moyenne de votre service principal ? _____

Avez-vous déjà été licencié ou ordonné ? Si oui, indiquez quelle dénomination/organisation et la date. SVP inclure une copie de la certification si elle est actuelle.

Si vous quittez ou avez quitté cette dénomination/organisation, svp expliquez pourquoi. _____

Êtes-vous en accord avec la déclaration de foi d'AFCM ? Oui Non Si vous êtes en désaccord avec un de ces points, svp expliquez-vous sur une feuille séparée.

Pourquoi voulez-vous vous joindre à AFCM et comment AFCM peut-il vous aider dans votre ministère ? Expliquez.

Comment avez-vous entendu parler d'AFCM ? _____

Avez-vous déjà soumis une application à AFCM ? Oui Non Si oui, quand ? _____

E. VOTRE VIE SPIRITUELLE

Date à laquelle vous avez été sauvé _____ Date de votre baptême par immersion _____

Racontez BRIÈVEMENT l'expérience de votre conversion. _____

Date à laquelle vous avez été rempli du Saint-Esprit avec l'évidence de parler en langues _____

SVP, expliquez votre position sur le message de foi. _____

Oui Non Avez-vous pris du tabac sous une forme quelconque ces derniers 10 ans ? Si oui, date de la dernière fois _____

Oui Non Avez-vous pris de l'alcool ces derniers 10 ans? Si oui, date de la dernière fois _____

Oui Non Avez-vous pris des drogues illégales es derniers 10 ans ? Si oui, date de la dernière fois _____

Si vous avez répondu oui à une des questions ci-dessus et dont la date est dans la dernière années, svp, expliquez-vous avec la date et les détails sur une feuille séparée.

Nous estimons que pour qu'une personne puisse assumer un leadership dans le ministère chrétien, les plus hauts standards de conduite personnelle sont attendus. Ceci inclus l'abstinence de l'usage du tabac, de l'alcool (incluant le vin) ou de drogues illégales.

Comprenant notre position en la matière, svp, indiquez ci-dessous votre position concernant notre politique.

Je me conforme à cette politique Je ne peux me conformer à cette politique.

Je comprend que si AFCM est informé que j'ai violé la politique établie ci-dessus, cela justifiera un renvoi immédiat.

Signature _____ Date _____

Oui Non Avez-vous déjà été reconnu coupable d'un crime ?

Oui Non Avez-vous déjà été accusé, questionné, ou examiné pour maltraitance d'enfants, négligence ou brutalité ?

Oui Non Avez-vous déjà été accusé, questionné, ou examiné pour violence conjugale ?

Oui Non Avez-vous déjà été impliqué dans des activités homosexuelles ?

Oui Non Avez-vous déjà été impliqué dans une relation hors mariage/liaison amoureuse ?

Si vous avez répondu oui à une des questions ci-dessus, svp, expliquez sur une feuille séparée.

C'est une exigence pour AFCM que toutes les églises, ministères, personnes inscrites et organisations mènent une enquête approfondie au niveau Fédéral sur tous les employés et/ou volontaires travaillant avec les enfants et la jeunesse. L'enquête doit couvrir quiconque a accès aux enfants, ~~que ce soit dans un camp, une sortie, à l'école du dimanche, la poissonnière, etc. Une enquête~~ sur les antécédents sera une cause d'annulation de l'ordination et/ou licence d'accréditation.

F. VOTRE VISION

Dans un effort pour comprendre votre vision pour votre ministère, s'il vous plait, inclure un essai d'une page. SVP écrire en lettre carré ou dactylographiée.

G. SCOLARITÉ

Encercler le plus haut niveau obtenu dans chaque catégorie applicable : Primaire 1 2 3 4 5 6 7 Secondaire 1 2 3 4 5

Professionnel/Technique : 1 2 Université : 1 2 3 4 École Biblique : 1 2 3

Diplômes : Baccalauréat _____ Maîtrise _____ Spécialité _____ Doctorat _____

Faites une liste de toutes les institutions scolaire supérieures et les diplômes reçus, incluant l'école biblique.

NOM ET LIEU DE L'ÉCOLE	DATES	SPÉCIALISATION	DIPLÔME

H. DÉCLARATION DE VÉRITÉ

- Je comprends que tous les items fournis à AFCM Canada comme partie du processus d'application deviennent la propriété permanente d'AFCM Canada et ne seront point retournées.
- Je reconnais et je suis en accord avec la Doctrine de Foi et l'Éthique Ministérielle établis par l'Association of Faith Churches and Ministries (Canada)
- Par la présente, je déclare ma volonté à me soumettre à l'autorité spirituelle et aux directives d'AFCM. Si en tout temps, je sens que je ne peux plus m'accorder avec les croyances et pratiques de cette organisation, ou s'il est requis par ceux en autorité pour quelque raison que ce soit, j'abandonnerai et retournerai mes accréditations ministérielles (certificat et carte d'identité) à AFCM.
- Je comprends qu'AFCM Canada est requis de donner une mise à jour annuellement de toutes les personnes inscrites. Ceci inclut non seulement les personnes enregistrées actives, mais aussi celles dont l'enregistrement « périmé » dû au non renouvellement, ceux qui se sont « Retirés » et ceux qui ont pu être « Renvoyés » au cours de l'années. Je comprends que si mon enregistrement est périmé, ou je me retire ou si je suis renvoyé d'AFCM, mon nom apparaîtra dans la catégorie appropriée dans le prochain annuaire d'AFCM Canada.
- Je comprends que cette application sera tenue en confidence. Seules les personnes ayant besoin de savoir pourront la réviser. Je permets à AFCM et à sa direction de vérifier l'information de cette application incluant mes antécédents criminels et mon historique de crédit.
- Par la présente je déclare que toutes les informations contenues dans cette application sont exactes et vraies. Si AFCM est informé qu'une information contenue dans cette application est fausse, il y aura matière à un renvoi immédiat.
- Je consens à ce qu'AFCM International et AFCM Canada communique avec moi de toutes les façons possibles selon les médias sociaux.

Signature _____ Date _____

IMPORTANT : *S'il vous plait, réviser votre application avant de la poster et complétez les informations suivantes pour les recommandations. Les applications incomplètes seront retournées pour compléter.*

Recommandation Personnelle envoyée à : _____

Recommandation Pastorale envoyée à : _____

Application complétée Paiement inclus Essai pour la vision inclus Photographie jointe

FOR OFFICE USE ONLY		<input type="checkbox"/> APPROVED	<input type="checkbox"/> DECLINED
Regional Director	_____	_____	_____
Jim Kaseman, President or Governing Authority	_____	_____	_____