Aglow Afiliação à luz de velas/Mudança de Forma de Líder

**Aglow Formulário de Afiliação/Liderança à Luz de Velas** **Mudança de Forma de Líder**

O *Grupo Aglow Candlelight* de solicita afiliação com

*(Nome da cidade/vila) (nação)*

Aglow International. Somos um: *(verifique um ou mais)*

Estudo Bíblico Study Grupo de Oração Grupo Doméstico

Datado disso de

(dia) (mês / ano)

**Cada líder que assinou abaixo concorda com estas declarações:**

* Aceitei Jesus Cristo como meu Senhor e Salvador pessoal.
* Li e concordo com a declaração de crença da Aglow  *e as declarações de visão e missão* da Aglow *no Manual dos Líderes Locais*. Procurarei cumpri-los em minha comunidade.
* Eu frequento a igreja regularmente.
* Se alguma vez participei de alguma atividade oculta, renunciei a tais ensinamentos e atividades e pedi a Deus que me perdoasse.
* A Liderança Nacional da Aglow servirá como consultora do nosso Grupo Candlelight. (Consultores locais não são mais um requisito para afiliação).

Líder Chave **Por favor, responda às perguntas e assine:**

Nome Você está cheio do Espírito e fala em línguas?

Endereço Sim Não

Cidade

Nação Você concorda com os pontos acima?

Telefone Sim Não

Denominação Assinatura

Membro do Comitê

Nome Você está cheio do Espírito e fala em línguas?

Endereço Sim Não

Cidade

Nação Você concorda com os pontos acima?

Telefone Sim Não

Denominação Assinatura

Membro do Comitê

Nome Você está cheio do Espírito e fala em línguas?

Endereço Sim Não

Cidade

Nação Você concorda com os pontos acima?

Telefone Sim Não

Denominação Assinatura

Descreva o tipo de Grupo Aglow Candlelight que você está iniciando:

Qual é o seu objetivo? (O que você espera realizar?)

Por favor, devolva este formulário à liderança da Aglow para sua nação:

Nome

Endereço

*Cidade, Estado/Província, Nação*

Ou para:

Global Field Office - International  
Aglow International  
P.O. Box 1749  
Edmonds, WA 98020-1749 USA  
Fax: (425) 778-9615

**Aprovado por:**

Liderança da Aglow para sua nação

*Assinatura* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data de aprovação*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_