

INSCRIÇÃO Nº

FICHA DE INSCRIÇÃO
**Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
Nascidos em 2002**
1. DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:				
NATURALIDADE/UF:		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		IDADE:
RG:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____		
CPF:	SEXO: () F () M	() FILHOS	QUANTOS?	
ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado/Vive junto () Separado		COR: () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena		
DESTRO () / CANHOTO ()		() DEFICIENTE	QUAL DEFICIÊNCIA?	

2. ESCOLARIDADE

NOME DA ESCOLA:	
ESCOLARIDADE: () Cursando () Concluído	SÉRIE ESCOLAR: 9º ano - 8ª série () 1º () 2º () 3º () Técnico () PERÍODO: () Manhã () Tarde () Noite () Integral
CURSO EXTRA: () Cursando () Concluído	QUAL?

3. ENDEREÇO

E-MAIL:		CEP:
ENDEREÇO:		Nº.
COMPLEMENTO:	CIDADE:	BAIRRO:
TEL. FIXO:	CELULAR:	TEL. RECADO:
WHATSAPP:	PONTO DE REFERÊNCIA:	
Moradia: () Própria () Alugada () Financiada () Cedida, por quem?		Construção: () Bloco () Madeira () Mista () Palafita
OS PAIS MORAM JUNTOS? () Sim () Não		Nº Cômodos:
QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA?		
MORA COM? () Mãe () Pai () Irmãos () Avós () Filho () Madrasta () Padrasto () Outros		

4. FAMILIARES

Filiação	PAI:		PROFISSÃO:	
	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	FALECIDO? () Sim () Não	SALÁRIO:	DESEMPREGADO? () Sim () Não
	MÃE:		PROFISSÃO:	
	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	FALECIDO? () Sim () Não	SALÁRIO:	DESEMPREGADO? () Sim () Não
QUANTAS PESSOAS TRABALHAM?				
O JOVEM TEM FILHOS? () Sim () Não Quantos?				
É REFERENCIADO NO CRAS? () Sim () Não		A FAMÍLIA RECEBE ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO? () Aposentadoria () Bolsa Família () BPC/LOAS () Aux. Aluguel () Pensão		
QUAL?		VALOR: R\$		
Renda total familiar: R\$				

5. DADOS COMPLEMENTARES

Situação do local da Moradia: () Rua Asfaltada () Rede de Esgoto () Coleta de Lixo () Água encanada () Energia Elétrica		
Condições de saúde: Tratamento médico: () Sim () Não	Faz uso contínuo de medicamento: () Sim () Não	Alguém é dependente químico? () Sim () Não – Uso dê: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Despesas Mensais Básicas				
Aluguel: R\$ _____	Água: R\$ _____	Energia: R\$ _____	Telefone: R\$ _____	Condomínio: R\$ _____
Medicamentos: R\$ _____	Gás: R\$ _____	Prestações: R\$ _____	IPTU: R\$ _____	Transporte: R\$ _____
Alimentação: R\$ _____	Plano de saúde: R\$ _____	Internet: R\$ _____	Educação: R\$ _____	Imp./ renda: R\$ _____
OUTROS? ESPECIFICAR: _____ R\$ _____			SOMA TOTAL DE GASTOS: R\$ _____	

DECLARO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA DECLARADA. CASO SEJA DETECTADO QUALQUER INVERACIDADE, O CANDIDATO SERÁ DESLIGADO DO PROCESSO A QUALQUER MOMENTO.

Cubatão, / / /.

ASSINATURA ADOLESCENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

6. CÁLCULO RENDA PER CAPITA

TOTAL RENDA FAMILIAR MENSAL: R\$ _____ / Nº DE PESSOAS RESIDENTES NA CASA _____
RENDA PER CAPITA R\$ _____

Parecer Técnico Social:

() Favorável () Desfavorável

Cubatão, / / /.

Assistente Social Responsável pela Avaliação: _____
(assinatura e carimbo)