

FICHA DE INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO Nº

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Nascidos em 2003

1. DADOS PESSOAIS DO ADOLESCENTE

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

ENDEREÇO:	Nº.
CIDADE:	BAIRRO:
COMPLEMENTO:	CEP:
PONTO DE REFERÊNCIA:	
TEL. FIXO:	CELULAR:
WHATSAPP:	TEL. RECADO:
Moradia: () Própria () Alugada () Financiada/CDHU, qual o valor mensal? R\$ _____ () Cedida, por quem? _____	
Construção: () Bloco () Madeira () Mista () Palafita	Nº Cômodos:
OS PAIS MORAM JUNTOS? () Sim () Não	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 - Desde quando? ____/____/____ () Não
	MÃE:		PROFISSÃO:	
	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	FALECIDO? () Sim () Não	SALÁRIO:	DESEMPREGADO? () Sim - Desde quando? ____/____/____ () Não

FICHA DE INSCRIÇÃO

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Nascidos em 2003

QUANTAS PESSOAS QUE MORAM NA CASA ESTÃO TRABALHANDO? Registradas _____ Autônomas _____
QUANTAS PESSOAS QUE MORAM NA CASA RECEBEM PENSÃO? Nº _____ Valor Total R\$ _____

A FAMÍLIA É REFERENCIADA NO CRAS? () Sim () Não QUAL? _____	A FAMÍLIA TEM CADÚnico? _____
A FAMÍLIA RECEBE ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO? () Bolsa Jovem – R\$ _____ () Bolsa Família – R\$ _____ () BPC/LOAS – R\$ _____ () Aux. Aluguel – R\$ _____ () Outros – R\$ _____	

5. DADOS COMPLEMENTARES

A FAMÍLIA POSSUI CARRO E/OU MOTO? Modelo _____ Ano _____		
Condições de saúde: Faz Tratamento médico: () Sim () Não	Faz uso contínuo de medicamento: () Sim () Não Qual? _____	Alguém é dependente químico? () Sim () Não – Uso dê: _____

Aluguel: R\$ _____	Água: R\$ _____	Energia: R\$ _____	Telefone: R\$ _____
Medicamentos: R\$ _____	Gás: R\$ _____	Condomínio: R\$ _____	Educação / Cursos: R\$ _____
Alimentação: R\$ _____	Plano de saúde: R\$ _____	Internet: R\$ _____	TOTAL DE GASTOS: R\$ _____
OUTROS? ESPECIFICAR: _____ R\$ _____			

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

Cubatão, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA ADOLESCENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL