



*PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA LEGÍVEL*

CURSO:

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:  CEP:  -

CIDADE:  VOCÊ RESIDE EM:  ZONA RURAL  
 ZONA URBANA

FONE RES:  FONE CEL:

E-MAIL:

SEXO:  M  F PARTICIPA DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA?  SIM  
 NÃO

TRABALHA?  SIM  NÃO VOCE SE CONSIDERA DE COR/RAÇA:  BRANCA  
 PRETA  
 PARDA  
 AMARELA  
 INDIGENA

ESTADO CIVIL:  CASADO  VIUVO  
 SEPARADO/DIVORCIADO  SOLTEIRO

SITUAÇÃO FAMILIAR:  TEM FILHOS  NÃO TEM FILHOS

SUA RENDA FAMILIAR PER CAPITA É DE QUANTOS SALÁRIOS MÍNIMOS?  
(RENDA TOTAL DE TODAS AS PESSOAS QUE MORAM COM VOCÊ DIVIDIDA PELO NÚMERO TOTAL DE PESSOAS)  
 ATÉ 1  1 A 2  2 A 3  3 A 5  5 A 10  10 A 20  ACIMA DE 20

POSSUI NECESSIDADES ESPECIAIS? QUAL?