

CLASA - FICHA DE INSCRIÇÃO

PROGRAMA DE APRENDIZAGEM

DADOS PESSOAIS DO ADOLESCENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

____/____/____

IDADE: () 16 () 17 () 18 () 19 () 20 () 21 () 22

RG:

CPF:

NATURALIDADE:

ESTADO CIVIL:

FILHOS:

ETNIA: () BRANCA () AMARELA () PARDA () NEGRA () OUTRA: _____

NOME DO (S) RESPONSÁVEL (EIS):

ESCOLARIDADE

() CURSANDO () CONCLUÍDO

ANO ESCOLAR:

PERÍODO:

NOME DA ESCOLA:

ENDEREÇO

ENDEREÇO:

Nº

CEP:

CIDADE:

BAIRRO:

TEL. FIXO:

CELULAR:

TEL.RECADO C/:

PONTO DE REFERÊNCIA:

CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

() CASA PRÓPRIA

() ALUGADA

() CEDIDA

() OCUPADA/ÁREA PÚBLICA

() FINANCIADA PELA CDHU (outros)

() ÁREA DE RISCO

(Desabamento ou Alagamento).

() RUA URBANIZADA

() ALVENARIA

() MADEIRA

ESGOTO SANITÁRIO:

() SIM () NÃO

NÚMERO DE

CÔMODOS: _____

COLETA DE LIXO: () DIRETA () INDIRETA (Ponto de coleta)

ÁGUA TRATADA: () SIM () NÃO

BENEFÍCIO DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

É REFERENCIADO NO CRAS: () SIM () NÃO QUAL?: _____

Caso sim descreva o nº do NIS - Número de Identificação Social: _____.(CAD ÚNICO).

A FAMÍLIA RECEBE ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO?

() APOSENTADORIA () BOLSA FAMÍLIA () BPC/LOAS () RENDA CIDADÃ () AUX. ALUGUEL () PENSÃO ALIMENTÍCIA () OUTROS

VALOR: R\$ _____



CLASA - FICHA DE INSCRIÇÃO

PROGRAMA DE APRENDIZAGEM

PER CAPITA FAMILIAR R\$ _____

COMPOSIÇÃO E RENDA FAMILIAR (MEMBROS QUE MORAM NA MESMA RESIDÊNCIA)

Nº	NOME (sempre começar pelo adolescente/jovem)	SEXO F/M	IDADE	ESCOLARI- DADE	PARENTESCO COM O JOVEM	RENDA FORMAL (registrado)	RENDA INFORMAL (bico)	BENEFÍCIOS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

RECEBE AUXÍLIO FINANCEIRO DE TERCEIROS: () SIM () NÃO VALOR: _____

RENDA TOTAL FAMILIAR: R\$ _____

ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO

NOME? _____ TIPO DE DEFICIÊNCIA: _____

DESPESAS FAMILIARES

ALUGUEL / FINANCIAMENTO	R\$
ÁGUA	R\$
LUZ	R\$
MEDICAMENTOS	R\$
ALIMENTAÇÃO	R\$
CONVÊNIO MÉDICO	R\$
OUTROS (crediários/ prestações/etc.)	R\$
TOTAL:	

DECLARO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA DECLARADAS. CASO SEJA DETECTADO QUALQUER INVERACIDADE, O ADOLESCENTE SERÁ DESLIGADO DO PROCESSO A QUALQUER MOMENTO. ESTOU CIENTE DE QUE PASSAREI POR AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA INCLUSÃO NOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DA CLASA.

SANTO ANDRÉ, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

ASSINATURA DO (A) ADOLESCENTE/JOVEM



CLASA - CASA LIONS DE ADOLESCENTES DE SANTO ANDRÉ
Av. Dom Jorge Marcos de Oliveira, 50 – Vila Guiomar – Santo André – SP
Fone: **4428-7932** – www.clasa.org.br – clasa@clasa.org.br

