

Email:		Celular:	
Endereço:			Número:
Complemento:		Bairro:	Cep:
Cidade/Estado:	Referência:		Tel. Residencial:
O aluno(a) Mora com quem?		Outros? Quem?	
Cor/raça: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Indígena/Quilombola <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Participa do Programa Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Necessidade Educacional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Qual:	
		Possui Laudo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	