

## FICHA DE INTERESSE DE CURSO

DATA DA ENTREGA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (NÃO PREENCHER) Renda Per capita: R\$ \_\_\_\_\_.

OPÇÃO DE CURSO:  Assistente Administrativo  Confeccionador de Produtos em P.V.C.  
 Serigrafia  Restaurante-Escola

### 1) DADOS PESSOAIS:

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_.  
NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_. SEXO:  F /  M  
COR/RAÇA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL:  SOLTEIRO  CASADO  UNIÃO ESTÁVEL  OUTROS \_\_\_\_\_.  
TEM FILHOS?  NÃO  SIM, QUANTOS: \_\_\_\_\_ QUE IDADE TEM? \_\_\_\_\_.  
RG N.º: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. ORGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_.  
CPF Nº: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. CARTEIRA DE TRABALHO Nº: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_.  
DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. POSSUI ALGUM REGISTRO:  SIM  NÃO.  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  EMPREGADO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  PENSIONISTA.  
E-MAIL: \_\_\_\_\_, Nº NIS \_\_\_\_\_.  
NOME DO PAI: \_\_\_\_\_ VIVO:  SIM  NÃO.  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ VIVA:  SIM  NÃO.

### 2) ENDEREÇO:

RUA/AV. \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_.  
COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ REGIÃO:  NORTE  SUL  LESTE  OESTE  CENTRO.  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_.  
☎ RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ ☎ RECADO \_\_\_\_\_ ☎ CELULAR \_\_\_\_\_.

#### ➡ INFORMAÇÕES SOBRE A RESIDÊNCIA

TIPO DE MORADIA:  PRÓPRIA  ALUGADA  FINANCIADA  CEDIDA  
SITUAÇÃO DE HABITAÇÃO:  CASA TÉRREA  SOBRADO  APTO  COMUNIDADE  ABRIGO  ALBERGUE  
 SITUAÇÃO DE RUA  OUTROS QUAL? \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

### 3) VIDA ESCOLAR:

ESTÁ ESTUDANDO?  SIM, EM QUE SÉRIE ESTÁ: \_\_\_\_\_  NÃO ESTÁ ESTUDANDO.  
 ENS. FUNDAMENTAL  ENS. MÉDIO  E.J.A.  JÁ CONCLUIU O ENSINO MÉDIO NO ANO DE \_\_\_\_\_.  
 ENS. SUPERIOR. QUAL A ÁREA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ SEMESTRE.  CONCLUÍDO EM \_\_\_\_\_.  
REPETIU ALGUMA SÉRIE?  NÃO  SIM POR QUAL MOTIVO? \_\_\_\_\_.  
JÁ FEZ ALGUM CURSO?  SIM  NÃO  GRATUITO  PAGO - R\$ \_\_\_\_\_.  
QUAL CURSO? \_\_\_\_\_ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_ ONDE? \_\_\_\_\_.

#### 4) OUTRAS INFORMAÇÕES:

COMO FOI QUE VOCÊ TOMOU CONHECIMENTO DA FUNDAÇÃO? \_\_\_\_\_.

POR QUE VEIO À FUNDAÇÃO? \_\_\_\_\_.

CONHECE ALGUÉM QUE JÁ FEZ CURSO NA FUNDAÇÃO? \_\_\_\_\_.

VOCÊ TEM ALGUMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, MESMO QUE NÃO COMPROVADA?  SIM  NÃO.

SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_ ONDE? \_\_\_\_\_.

#### 5) COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

Nº	NOME	SEXO F/M	IDADE	ESCOLARIDADE	PARENTESCO	O QUE FAZ(*) OCUPAÇÃO	RENDA	PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

(\*)ESTUDA / TRABALHA (MESMO QUE SEJA AUTÔNOMO OU FAÇA "BICO") / DO LAR / DESEMPREGADO / APOSENTADO / PENSIONISTA / OUTRO.

RECEBE PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA?  NÃO RECEBE  SIM, QUAL? (1) RENDA MÍNIMA (2) BOLSA FAMÍLIA (3) RENDA CIDADÃ (4) AÇÃO JOVEM (5) PETI VALOR: R\$ \_\_\_\_\_.

RECEBE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA?  NÃO RECEBE  SIM, QUAL?  IDOSO  PESSOA COM DEFICIÊNCIA MAIOR DE 18 ANOS  PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENOR DE 18 ANOS. VALOR: R\$ \_\_\_\_\_.

RENDA TOTAL DA FAMÍLIA R\$ \_\_\_\_\_.

#### OUTROS BENEFÍCIOS:

TICKET REFEIÇÃO  VALE ALIMENTAÇÃO  CESTA BÁSICA  CONVÊNIO MÉDICO  OUTROS \_\_\_\_\_.

#### 6) SAÚDE:

O (A) CANDIDATO(A) APRESENTA ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL:  FÍSICA  VISUAL  AUDITIVA

O (A) CANDIDATO(A) APRESENTA PROBLEMAS:  RESPIRATÓRIOS  ALÉRGICOS  OUTROS \_\_\_\_\_.

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_.

TOMA ALGUM MEDICAMENTO ESPECÍFICO?  SIM  NÃO QUAL? \_\_\_\_\_.

ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO ATUALMENTE? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_.

VOCÊ VAI A CONSULTAS MÉDICAS REGULARMENTE? \_\_\_\_\_ COM QUE FREQUÊNCIA? \_\_\_\_\_.

VOCÊ É FUMANTE?  SIM  NÃO TEM ALGUM OUTRO VÍCIO?  NÃO  SIM QUAL? \_\_\_\_\_.

**6.1) SAÚDE DA FAMÍLIA:**

ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA FAZ TRATAMENTO DE SAÚDE?  SIM  NÃO. QUEM?: \_\_\_\_\_.  
QUAL TIPO DE TRATAMENTO? \_\_\_\_\_.

**7) DOCUMENTAÇÃO:**

**DOCUMENTAÇÃO DO CANDIDATO:**

RG  CPF  CPF DO RESPONSÁVEL  DECLARAÇÃO ESCOLAR  1 FOTO  CARTEIRA DE TRABALHO  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUAL  NIS

**A U T O R I Z A Ç Ã O**

Eu, (Responsável Legal) \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_, autorizo (CANDIDATO): \_\_\_\_\_

através deste instrumento, a inscrever-se e fazer parte da FUNDAÇÃO JOVEM PROFISSIONAL como educando, com o objetivo de que a instituição venha lhe proporcionar formação e treinamento em atividades educacionais e de preparação para o trabalho.

**Declaro ainda, estar ciente de que a participação do (a) educando em questão tem caráter estritamente educacional, não havendo, portanto, qualquer vínculo empregatício entre o (a) jovem e a FUNDAÇÃO JOVEM PROFISSIONAL.**

Comprometo-me a comparecer à instituição todas as vezes que for convocado (a) para participar de encontros familiares, bem como me comunicar para tratar de assuntos de interesse comum e/ou necessidade de desligamento.

Comprometo-me ainda a desenvolver os esforços necessários a fim de mantê-lo (a) frequentando a escola de ensino regular ou supletivo ou tomar providências para matriculá-lo (a) na primeira oportunidade.

Declaro sob minha inteira responsabilidade que as informações fornecidas representam à verdade.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
 PAI  MÃE  RESPONSÁVEL  
(QUANDO O CANDIDATO FOR MENOR DE 21 ANOS)