

## FICHA DE CADASTRO

Nome		
Data Nasc. / /	RG	UF
Endereço	Nº	Apto
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Tel. Res.	Tel. Com.	Celular

## ESCOLA

Nome da Escola		Série		
Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Período <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite			
Ensino <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outro				

Estou ciente quanto a filiação e de que pagarei, junto ao boleto do plano de saúde, o valor de R\$ 6,00 (seis) reais mensais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura