



CORPO DE PATRULHEIROS MIRINS DE SANTO ANDRÉ

Administração Rotary Club de Santo André

ATENÇÃO ÀS INFORMAÇÕES:

SOMENTE SERÃO RECEBIDAS FICHAS COM A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

A FALTA DE ALGUM DOCUMENTO IMPLICARÁ NA DESCLASSIFICAÇÃO DO CANDIDATO.

NÃO SERÃO ACEITOS DOCUMENTOS ORIGINAIS.

NÃO SERÃO DEVOLVIDAS FOTOS E/OU CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ENTREGUES;

**DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DO CORPO DE PATRULHEIROS MIRINS DE SANTO ANDRÉ
PODERÁ SER REALIZADA VISITA DOMICILIAR PARA VERIFICAR AS INFORMAÇÕES.**

1. Os interessados deverão ter **entre 18 e 20 anos** e estar cursando no ano de 2015 a partir do 1º ano do ensino médio ou ter concluído.
2. Trazer a ficha de inscrição devidamente preenchida, sem rasuras, com letra legível e uma **foto 3X4 colada**;
3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO

Cópias simples e legíveis do candidato(a):

- Cópia do RG do candidato(a);
- Cópia do CPF do candidato(a);
- Cópia do comprovante de residência com CEP atual (conta de luz ou telefone)
- Cópia do laudo médico para candidato (a) que possua alguma deficiência;
- Declaração escolar original (atual);

Comprovantes de Renda familiar:

- Cópia do comprovante de renda(holerite)dos pais/responsável legal e das pessoas que trabalham registradas;
- Declaração de próprio punho das pessoas que trabalham como autônomo ou por conta próprio. (informar profissão e média salarial);
- Cópia do comprovante de pensões, aposentadoria ou outros para quem recebe benefícios;

DATA PARA DEVOLUÇÃO DAS FICHAS E DOCUMENTOS:

- As fichas deverão ser entregues na Entidade nos dias **09 e 10 de SETEMBRO/2015** nos horários: **08h00 às 11h00 e das 13h00 às 15h00.**
- Nesses dias, os candidatos receberão protocolo de retorno.



CORPO DE PATRULHEIROS MIRINS DE SANTO ANDRÉ
Administração Rotary Club de Santo André

Foto 3x4

FICHA DE INSCRIÇÃO

1 – DADOS PESSOAIS

Nome: _____	Idade: _____		
Dt. Nascimento: ____/____/____	Nat.: _____	RG: _____	
Tem filhos? () Sim () Não	E-mail: _____		
Endereço: _____	Nº _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	CEP _____	Tel.: _____	Rec. c/ _____
Escola: _____	Série: _____	Período: _____	
Cursos: () Digitação () Informática () Inglês () Espanhol () Outros: _____			

2- SITUAÇÃO FAMILIAR (COMPOSIÇÃO FAMILIAR – TODOS QUE RESIDEM NA MESMA CASA)

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade	Atividade	Empresa	Salário
Total da Renda Familiar R\$: _____						
Observações: _____						
Possui outros rendimentos além do salário? _____ Quais? _____						
Valor da Renda R\$ _____						

3 – SITUAÇÃO HABITACIONAL – RESIDE COM:

() Seus Pais () Seus Avós () Outros Familiares () Outros:			
() Seu Pai – Causa: () Pais Separados () Mãe Falecida			
() Sua Mãe – Causa: () Pais Separados () Pai Falecido			
Casa Própria? _____	Alugada? _____	Cedida? _____	Valor Do Aluguel R\$ _____
Financiada: _____	Por quem? _____	Valor Prestação R\$ _____	
Nº de Cômodos: _____	Nº de Habitantes: _____	Possui Água Encanada? _____	Chuveiro? _____
Possui Automóvel? _____	Marca: _____	Ano de Fabricação: _____	

Dos itens abaixo relacionados, assinale quais você possui em casa:

() Lavadora de Roupas	() Microondas	() DVD
() Secadora de Roupas	() Computador	() Freezer

Dos itens abaixo, assinale os que você costuma fazer com frequência em seus momentos de lazer:

() Ver TV / Ouvir Músicas	() Praticar Esportes	() Ir a Igreja
() Ir ao Cinema / Teatro / Shows	() Ler Livros	
() Passear no shopping	() Sair com amigos	

Caso o relacionamento familiar seja dificultoso, ou não haja condições de convivência, a que você atribui o fato?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desemprego dos pais | <input type="checkbox"/> Violência doméstica |
| <input type="checkbox"/> Falta de dinheiro | <input type="checkbox"/> Vício(s) de um ou mais integrantes da família (álcool, drogas, jogo, etc.) |

4 – SITUAÇÃO DE SAÚDE

O candidato encontra-se com boa saúde no momento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Já sofreu alguma intervenção cirúrgica? _____	Se sim, de que tipo: _____				
É portador de alguma deficiência? _____	Se sim, qual: _____				
Qual das doenças infantis já teve?	_____				
<input type="checkbox"/> Catapora	<input type="checkbox"/> Sarampo	<input type="checkbox"/> Meningite	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Caxumba	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Poliomielite	<input type="checkbox"/> Outras: _____				
Atualmente faz algum tratamento de saúde? _____	Se sim, qual? _____				
Já teve convulsões ou desmaios? _____	Quando e onde? _____				
Possui algum tipo de alergia? _____	Qual? _____				
Possui alergia a algum tipo de medicamento? _____	Qual? _____				
Já tomou vacina contra Tétano? _____	Quando? _____				
Possui algum membro da família que apresenta doenças hereditárias? _____	Qual? _____				
Possui algum convênio médico? _____	Qual? _____				

5 – DESCREVA EM POUCAS PALAVRAS O MOTIVO DA INSCRIÇÃO NO CORPO DE PATRULHEIROS:

6 – RELATE SOBRE SUA ROTINA:

7 – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações aqui fornecidas são integralmente verdadeiras.

Estou ciente de que se for constatada alguma irregularidade, poderei ser responsabilizado civil e criminalmente.

Santo André _____ / _____ / _____

Assinatura do Candidato