**EDITAL 01/ 2019 - PCG/SESC/MA/ PROGRAMA EDUCAÇÃO/ATIVIDADE EDUCAÇÃO INFANTIL - ANO 2020 - SESC ITAPECURU**

**ANEXO II**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

PREFERÊNCIA DE TURNO: ( ) Mat ( ) vesp ( ) Qualquer turno

CLIENTE

Trabalhador do Comércio de Bens Serviços e Turismo:

Nº do Cartão do Sesc – Titular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº do Cartão do Sesc – Dependente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Público em Geral:

Nº do Cartão do Sesc – Titular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº do Cartão do Sesc – Dependente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INFORMAÇÕES DO CANDIDATO

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (anos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (meses)

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: ( )

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui irmão: ( ) sim ( ) não Quantos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui irmão que estuda na Educação Infantil/Sesc: ( )não ( ) sim

Turma/turno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da última escola que a criança frequentou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo da saída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_

Quem cuida da criança durante o dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma medicação controlada: ( ) Sim ( ) Não Quais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teve ou tem algum acompanhamento especializado: ( ) Sim ( )Não

Com que profissional? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTATOS  
Nome do Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os pais vivem juntos? ( ) Sim ( ) Não