



## 5 - DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome															Parentesco								
Endereço Residencial (Logradouro: Av./Rua/Praça/Alameda)															Número			Complemento					
Bairro															CEP								
Cidade															Estado								
Cédula de Identidade					Órgão Emissor/Estado			CPF															
Endereço Comercial (Logradouro: Av./Rua/Praça/Alameda)															Número			Complemento					
Bairro															CEP								
Cidade															Estado								
DDD		Telefone Comercial				DDD		Celular Comercial				DDD		Telefone Residencial				DDD		Celular			

## 6 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS DO ALUNO

Deseja declarar sua raça/cor?  1 - Sim  2 - Não Em caso afirmativo, assinale uma das alternativas:  1 - Amarela  2 - Branca  3 - Indígena  4 - Negra  5 - Parda

Como você avalia a sua capacidade de enxergar? Se utilizar óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando.  
 1 - Incapaz  2 - Grande dificuldade permanente  3 - Alguma dificuldade permanente  4 - Nenhuma dificuldade

Como você avalia a sua capacidade de ouvir? Se utilizar aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando.  
 1 - Incapaz  2 - Grande dificuldade permanente  3 - Alguma dificuldade permanente  4 - Nenhuma dificuldade

Como você avalia a sua capacidade de caminhar/ subir escadas? Se utilizar prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando os estiver utilizando.  
 1 - Incapaz  2 - Grande dificuldade permanente  3 - Alguma dificuldade permanente  4 - Nenhuma dificuldade

Possui alguma das deficiências?  
 1 - Paralisia permanente total  2 - Paralisia permanente das pernas  3 - Paralisia permanente de um dos lados do corpo  4 - Falta de perna, braço, mão, pé, ou dedo polegar  5 - Nenhuma das enumeradas

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Conferente