



Secretaria de Estado da Educação  
**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO CENTRO-OESTE**  
Avenida Rio Branco, nº 1.260 – São Paulo/SP CEP 01206-001  
Telefone: 11 3866-3510  
Site: <http://decentrooeste.educacao.sp.gov.br>  
E-mail: [decto@educacao.sp.gov.br](mailto:decto@educacao.sp.gov.br)

## FICHA DE INSCRIÇÃO

1 – DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO			
Nome completo:			
Data de Nascimento (dia, mês e ano) / /	Local de nascimento (cidade)	Estado	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Filiação Pai: _____ Mãe: _____			
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outro			
Endereço residencial (Av. Rua)			
Complemento	Bairro	CEP	Telefone para contato nº
RG	CIC	Outros (especificar)	
Grau de escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Assina o nome <input type="checkbox"/> Primeiro ciclo do ensino fundamental <input type="checkbox"/> Segundo ciclo do ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação			

2 - MORADIA					
Tipo do imóvel <input type="checkbox"/> Casa/Apto <input type="checkbox"/> Outros					
Tempo de moradia ____ anos ____ meses					
Informações complementares sobre a residência Modalidade: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida					
Sistema de transporte Passa ônibus em sua rua? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais linhas?				

3 – COMPOSIÇÃO FAMILIAR				
Nome	Grau de parentesco	Idade	Ocupação	Renda mensal R\$
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Total da renda familiar R\$ _____				
Informações complementares				

Há mais alguém com deficiência em sua família? [ ] Não [ ] Sim.  
Em caso afirmativo, informe quem é a pessoa (pai, mãe, irmão, etc)

Qual o tipo de deficiência? \_\_\_\_\_

<b>4 – DADOS DO RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE</b>			
Nome completo:			
Endereço residencial (Av. Rua)			
Complemento		Bairro	CEP
			Telefone para contato <sup>nº</sup>
RG	Grau de relação com o usuário		

<b>5 – TERMO DE RESPONSABILIDADE</b>
<p>Eu, _____ assumo toda responsabilidade sobre as informações contidas neste documento, que foram prestadas por livre e espontânea vontade, as quais serão confirmadas posteriormente, e caso se constate que no todo ou em parte não correspondam com a verdade, meu credenciamento solicitado junto à Diretoria de Ensino Região Centro-Oeste será cancelado automaticamente.</p> <p>Estou ciente de que deverei comunicar à Diretoria de Ensino Região Centro-Oeste, caso não necessite mais utilizar o transporte para o aluno com deficiência por qualquer razão, inclusive por mudança na minha incapacidade de usar outro meio de transporte.</p> <p>Em caso de o utilizar, declaro ainda estar ciente das regras estabelecidas pelo Regulamento do Serviço Especial Conveniado, as quais acolho e me comprometo a cumprir e fazer cumprir integralmente, sob pena de ter o meu credenciamento revogado.</p> <p>São Paulo, ____ de _____ de _____. _____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do declarante</p>

<b>6-RESPONSÁVEL PELA COLETA DAS INFORMAÇÕES</b>
Nome legível _____ _____

Carimbo do Posto de Atendimento/Instituição/ Unidade de Ensino/AMA -(Carimbo)
--