

CADASTRAMENTO DO ALFABETIZANDO

NOME*										SEXO*	
										M - Masculino F - Feminino	
DATA NASCIMENTO*					MUNICÍPIO DE NATURALIDADE*					UF DE NATURALIDADE *	
UF RESIDÊNCIA*		MUNICÍPIO*						ZONA*			
								RURAL URBANA			
ENDEREÇO RESIDENCIAL (Logradouro, Número, Bairro)											
CEP			DDD		TELEFONE			E-MAIL			
NOME DA MÃE*											
NOME PAI											
RAÇA / COR*											
<input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta											
RG*				ÓRGÃO EXPEDIDOR*				DATA DE EXPEDIÇÃO*			
TIPO DO DOCUMENTO / NÚMERO											
<input type="checkbox"/> Carteira de Trabalho N° <input type="checkbox"/> CPF N°											
<input type="checkbox"/> Certidão Civil N° <input type="checkbox"/> Título de Eleitor N°											
<input type="checkbox"/> Certificado de Reservista (para homens) N° <input type="checkbox"/> N°. de Identificação Social - NIS N°											
SITUAÇÃO OCUPACIONAL*											
<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Trabalhador Rural <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalhador Urbano Especificar:											
FREQUENTOU A ESCOLA*?											
<input type="checkbox"/> Sim Qtd. de Anos: _____ Qtd. de Meses: _____ <input type="checkbox"/> Não											
UTILIZA ÓCULOS?						TEM DIFICULDADE DE ENXERGAR? (por favor, responda esse quesito mesmo que tenha selecionado a opção SIM do quesito anterior: Utiliza óculos?).					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
O ALFABETIZANDO PERTENCE AO(S) SEGMENTO(S) SOCIAL(IS) ESPECÍFICO(S)*											
<input type="checkbox"/> População indígena <input type="checkbox"/> Pescadores artesanais <input type="checkbox"/> Trabalhadores rurais temporários <input type="checkbox"/> Agricultores familiares <input type="checkbox"/> Trabalhadores de Pesca <input type="checkbox"/> Profissionais do sexo <input type="checkbox"/> Agricultores assalariados <input type="checkbox"/> Remanescentes de quilombo <input type="checkbox"/> Pessoas Transgêneros (travestis e transexuais) <input type="checkbox"/> Assentados <input type="checkbox"/> População carcerária <input type="checkbox"/> Membros de família beneficiária do Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> Ribeirinhos <input type="checkbox"/> Jovens em cumprimento de medidas sócio-educativas <input type="checkbox"/> Trabalhadores libertados da situação de trabalho escravo pela Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) inscritos no cadastro do seguro desemprego <input type="checkbox"/> Caiçaras <input type="checkbox"/> Membros de família beneficiária do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI <input type="checkbox"/> Catadores de materiais recicláveis <input type="checkbox"/> Extrativistas <input type="checkbox"/> Jovens de 15 a 29 anos não alfabetizados <input type="checkbox"/> Não pertencente aos segmentos citados <input type="checkbox"/> Idoso com mais de 60 anos, conforme estatuto do idoso <input type="checkbox"/> Pessoas atingidas pela hanseníase											
ATENDIMENTO A PESSOA COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS*											
<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva - Surdo <input type="checkbox"/> Deficiência múltipla <input type="checkbox"/> Deficiência visual - Cegueira <input type="checkbox"/> Deficiência mental											

Orientações:

1. Preencher o formulário com letra de forma.
2. * Campos Obrigatórios – o não preenchimento dos campos sinalizados como obrigatórios implicará em problemas com o cadastramento do alfabetizando no sistema SBA.