

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			Nº			<input type="checkbox"/> CPF			Nº					
<input type="checkbox"/> Certidão Civil			Nº			<input type="checkbox"/> Título de Eleitor			Nº					
<input type="checkbox"/> Certificado de Reservista (para homens)			Nº			<input type="checkbox"/> N.º. de Identificação Social - NIS			Nº					
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.