

**FICHA DE INSCRIÇÃO -
PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

1. Dados pessoais:

Nome completo: _____

Estado civil: _____ CPF: _____

C.I (nº): _____ Órgão emissor: _____ Data nascimento: _____

2. Dados Profissionais:

Sua profissão é: _____ **Fisio** _____ **Fono** _____ **TO** _____
Univers./Faculd.: _____

Formou em: _____

Reg. Profiss.: _____ Nº _____ (Sigla do Estado) _____

Trabalha em: _____ **Consultório próprio** _____ **Emprego** _____

End. Comerc.: Av./Rua: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Nome Com. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone/DDD: _____ Celular/DDD: _____

_____ - _____ (____) _____ (____) _____

E-mail: _____

Há quanto tempo você trabalha no seu Consultório/Emprego? _____

Quais as idades/tipos das crianças que você trata? Idades: _____

Tipos: _____

Existem outros profissionais da área em seu emprego/consultório? **Sim** _____ **Não** _____

Quais? _____

End. Resid.: Av./Rua: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone/DDD: _____ Celular/DDD: _____

_____ - _____ (____) _____ (____) _____

E-mail: _____

**Estou ciente de que esta Ficha de Inscrição apenas representa garantia de vaga, caso seja enviada juntamente com a cópia do comprovante de depósito bancário, cópia do diploma de graduação e cópia da carteira de seu conselho profissional VIA CORREIO.
Estou ciente também que minha participação depende de aptidões físicas, como ser capaz de levantar e carregar crianças e facilitar movimentos nos colegas e ser facilitado por eles.**

Assinatura: _____ Data: _____ / _____ / _____