



Nome: _____

Data de nascimento: (___/___/____)

Sexo: () Feminino () Masculino

Cor/Raça: () Branca () Preta () Parda () Indígena

Bairro: _____

Telefone para contato: () _____

Está trabalhando: () Sim () Não

Se sim, em que trabalha? _____

Em quais cursos ou oficinas você tem interesse em participar pelo Programa Estação do Ofício?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Manicure | <input type="checkbox"/> Doméstica | <input type="checkbox"/> Dança |
| <input type="checkbox"/> Cabeleireiro | <input type="checkbox"/> Eletricista | <input type="checkbox"/> Violão |
| <input type="checkbox"/> Estética de sobrancelha | <input type="checkbox"/> Encanador | <input type="checkbox"/> Ka-ratê |
| <input type="checkbox"/> Garçom | <input type="checkbox"/> Secretariado executivo | <input type="checkbox"/> Capoeira |
| <input type="checkbox"/> Mecânica | <input type="checkbox"/> Marcenaria | <input type="checkbox"/> Percussão |
| <input type="checkbox"/> Jardinagem | <input type="checkbox"/> Música | <input type="checkbox"/> Biscoito |
| <input type="checkbox"/> Informática básica e avançada | <input type="checkbox"/> Palhaço | <input type="checkbox"/> Pintura em tecido |
| <input type="checkbox"/> Conserto de eletrônicos | <input type="checkbox"/> Artesanato | <input type="checkbox"/> Desenho |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo | <input type="checkbox"/> Teatro | <input type="checkbox"/> LIBRAS (Linguagem Brasileira de Sinais) |

() Outros: _____

