

# FICHA DE INSCRIÇÃO

## Parlamento Jovem Paulistano 2017

(Preencher em letra de forma. Todos os campos são obrigatórios)

### DADOS DA ESCOLA

Nome completo da escola: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço da escola (rua, avenida, praça, rodovia): \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nome do professor responsável pelo projeto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Como soube do Prêmio?

Material de divulgação  Divulgação da DRE/DE  Outros: \_\_\_\_\_

E-mail marketing  Facebook \_\_\_\_\_

Participou anteriormente  Indicação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura, nome completo e carimbo do(a) diretor(a)

### DADOS DO ALUNO

Nome completo do(a) aluno(a) selecionado(a): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Série/Ano: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_

Endereço do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

O aluno tem necessidades especiais? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

# FICHA DE INSCRIÇÃO

## Parlamento Jovem Paulistano 2017

### Partido temático

(Assinale o partido de sua escolha)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PARTIDO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL           | <input type="checkbox"/> PARTIDO DA NATUREZA              |
| <input type="checkbox"/> PARTIDO DA CULTURA                      | <input type="checkbox"/> PARTIDO DO PLANEJAMENTO URBANO   |
| <input type="checkbox"/> PARTIDO DA EDUCAÇÃO                     | <input type="checkbox"/> PARTIDO DA SAÚDE                 |
| <input type="checkbox"/> PARTIDO DO EMPREGO                      | <input type="checkbox"/> PARTIDO DA SEGURANÇA URBANA      |
| <input type="checkbox"/> PARTIDO DOS ESPORTES, LAZER E RECREAÇÃO | <input type="checkbox"/> PARTIDO DO TRÂNSITO E TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> PARTIDO DA HABITAÇÃO                    |   |

### Autorização

(Deve ser preenchida pelo responsável legal em letra de forma)

Eu \_\_\_\_\_  
grau de parentesco: \_\_\_\_\_ autorizo o(a) menor a participar  
do **Parlamento Jovem**, na Câmara Municipal de São Paulo, que será realizado nos dias  
**6 e 10 de novembro**, acompanhado(a) por: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, telefones \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

O acompanhante tem necessidades especiais?  Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

#### Mais informações:

Telefones 3396-4239/4667

E-mail: parlamentojovem@camara.sp.gov.br - Site: www.camara.sp.gov.br