



Grupo Escoteiro São Luiz de Gonzaga - 8º PR

Cadastro Familiar

Proposta de Admissão

RESPONSÁVEL LEGAL E ASSOCIADO CONTRIBUINTE:

Nome completo* (*: requerido)		Nome abreviado*		Cad GE	Cad familiar
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fone Residencial*		Fone Celular*		Fone Comercial	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nascimento*		Naturalidade*		E-mail*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CEP*	Endereço				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Bairro	Cidade			UF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Gênero*	Cor/Raça/Etnia	CPF*	RG	Emissor	
<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Religião	Ativo	Passaporte	Emissor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escolaridade	Profissão				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Local de trabalho	Área de atuação				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

ASSOCIADO BENEFICIÁRIO:

Nome completo*		Nome abreviado*		Relacionamento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Tutorado(a)	
Fone Residencial*		Fone Celular*			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Nascimento*		Naturalidade*		E-mail*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Gênero*	Cor/Raça/Etnia	CPF*	RG	Emissor	
<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Religião	Ativo	Passaporte	Emissor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escolaridade	Escola	Série			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

ASSOCIADO BENEFICIÁRIO:

Nome completo*		Nome abreviado*		Relacionamento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Tutorado(a)	
Fone Residencial*		Fone Celular*			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Nascimento*		Naturalidade*		E-mail*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Gênero*	Cor/Raça/Etnia	CPF*	RG	Emissor	
<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Religião	Ativo	Passaporte	Emissor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escolaridade	Escola	Série			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura