



Assembleia Legislativa da Paraíba
Escola do Legislativo da Paraíba
Pré-ENEM Social

ANEXO II
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
ATENÇÃO! Preencher em Letra de Forma

CPF:														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Você é:

Servidor da ALPB

Dependente

Nenhuma das Opções

NOME:				
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Data de Nascimento:		Naturalidade:		
Endereço:				
Bairro:		Cidade:	UF:	CEP:
Estado Civil:		WhatsApp:	Telefone	
E-mail:		Instagram:		
Escola onde concluiu o ensino médio:				
Ano de Conclusão do Ensino Médio:		Qual Carreira pretende seguir?		
Qual Universidade Pretende cursar?		Você sabe o que é PROUNI/ FIES?		
Como ficou sabendo do Pré-ENEM?	Onde você cursou o Ensino Médio?	Portador de Deficiência?		
<input type="checkbox"/> Sites de Notícias	<input type="checkbox"/> Rede Pública	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Rede Privada			
<input type="checkbox"/> TV/ Rádio	<input type="checkbox"/> Rede Privada como Bolsista	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual		
<input type="checkbox"/> Redes Sociais	<input type="checkbox"/> Rede Pública e Privada	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Cognitiva		

Assinatura do Candidato