



**MUITO MAIS DESCONTOS
CINEMAS, TEATROS, ESTÁDIOS DE FUTEBOL, ZOOLOGICOS, SHOWS E MUSEUS**

FICHA DE CADASTRO

Nome		
Data Nasc. / /	RG	UF
Endereço	Nº	Apto
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Tel. Res.	Tel. Com.	Celular

ESCOLA

Nome da Escola		Série	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Período	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
Ensino	<input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outro		

Estou ciente quanto a filiação e de que pagarei, junto ao boleto do plano de saúde, o valor de R\$ 5,00 (cinco) reais mensais.

_____ de _____ de _____

Assinatura