

**ANEXO 3 – O FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO EM CASO DE JOVEM COM DEFICIÊNCIA.**

A ausência de preenchimento impede a matrícula do jovem em nosso sistema educacional.  
Na ocasião também deve ser entregue cópia do laudo médico.

**Horário do Programa:** ( ) Manhã ( ) Tarde

**Curso:**

**Nome:**

**Utiliza óculos ou lentes de contatos, como avalia sua capacidade de enxergar ao utilizá-los?**

- 0. Não respondeu
- 1. Incapaz
- 2. Grande dificuldade permanente
- 3. Alguma dificuldade permanente
- 4. Nenhuma dificuldade

**Utiliza aparelho auditivo, como avalia sua capacidade de ouvir ao utilizá-los?**

- 0. Não respondeu
- 1. Incapaz
- 2. Grande dificuldade permanente
- 3. Alguma dificuldade permanente
- 4. Nenhuma dificuldade

**Utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, como avalia sua capacidade de caminhar/subir escadas ao utilizá-los?**

- 0. Não respondeu
- 1. Incapaz
- 2. Grande dificuldade permanente
- 3. Alguma dificuldade permanente
- 4. Nenhuma dificuldade

**Tem alguma das seguintes deficiências?**

- 0. Não respondeu
- 1. Paralisia permanente total
- 2. Paralisia permanente das pernas
- 3. Paralisia permanente de um dos lados do corpo
- 4. Falta de perna, mão, braço, pé e polegar
- 5. Deficiência mental
- 6. Nenhuma das enumeradas. Qual: \_\_\_\_\_

Carimbo da Empresa e Assinatura do Empregador: