



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Coordenadoria Judiciária de Articulação
das Varas da Infância e Juventude e Idoso

PROGRAMA DE APADRINHAMENTO

Apadrinhar: amar e agir para realizar sonhos

FICHA DE PADRINHO AFETIVO

NOME:

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO PROFISSIONAL:

NOME:

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO PROFISSIONAL:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

TELEFONES:

EMAIL:

DESEJA(M) SER PADRINHOS(S) / MADRINHAS(S) AFETIVO(S) DA(S) CRIANÇA/ADOLESCENTE(S), PELO PERÍODO:

DE 06 MESES DE 12 MESES INDETERMINADO

DESEJA(M) APADRINHAR:

MENINO MENINA INDIFERENTE

ACEITA(M) GRUPO DE IRMÃOS:

NÃO SIM. QUANTOS ? _____

FAIXA ETÁRIA:

DE ____ A ____ ANOS. (ACIMA DE 8 ANOS)

ACEITA(M) PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS:

NÃO SIM. QUAIS: _____

RIO DE JANEIRO, ____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

ASSINATURA