



**Encontro Nacional de Travestis e Transexuais
que Atuam na Luta e Prevenção à AIDS**

FICHA DE INSCRIÇÃO

Vínculo Institucional: <input type="checkbox"/> Entidade Financiadora <input type="checkbox"/> Entidade Colaboradora/Apoiadora <input type="checkbox"/> Órgão Governamental <input type="checkbox"/> ONG GLBTT <input type="checkbox"/> ONG Travestis e Transexuais <input type="checkbox"/> Universidade / Faculdade <input type="checkbox"/> Outros Qual:		Instituição:	
		Endereço:	
		Cargo:	
		Cidade:	Estado:
Faz parte de algum Fórum: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:		Área de Atuação: <input type="checkbox"/> Cidadania <input type="checkbox"/> Direitos Humanos <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Outros Qual:	
É filiada a alguma Entidade Nacional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:		Outras Áreas de Atuação:	
		Telefone: ()	
		Tempo de Permanência:	
Você é: () Participante		() Palestrante	
		() Oficineiro	
		() Convidad@	
Nome Civil:			
Nome Social:		Nome para Crachá:	
RG N°:		CPF N°:	
Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela		Etnia: <input type="checkbox"/> Afro descendente <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Européia	
		Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela	
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Id. De Gênero: <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Transgênero	
		Orientação Sexual: <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Heterossexual	
		Sexo Biológico: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Endereço:		Complemento:	
N°:		Bairro:	
		CEP:	
Cidade:		Estado:	
Telefones: Casa ()		Trabalho ()	
		Celular ()	
E-mail:			
Home Page:			
Necessita de Assistência Médica durante o Evento? () Sim () Não		Especificar:	
Sua Instituição pode colaborar: <input type="checkbox"/> Passagem Aérea <input type="checkbox"/> Passagem Terrestre <input type="checkbox"/> Hospedagem <input type="checkbox"/> Alimentação		Solicita Bolsa: <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial	

É fumante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tem preferência por alguma companhia de quarto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Bebe: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quem: _____ _____
Oficina que deseja participar: (Indique a prioridade: 1, 2, 3, 4, 5 ...)	
<input type="checkbox"/> Inclusão Digital <input type="checkbox"/> Perspectiva em Política e Cidadania <input type="checkbox"/> Segurança Pública <input type="checkbox"/> DST/HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Introdução em Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Capacitação em Projetos <input type="checkbox"/> Direitos do Consumidor <input type="checkbox"/> Vídeo e Mídia
Qual seu interesse em participar do Evento:	
Justifique:	
Obs.:	

Assinatura

Data: _____, _____ de _____ de 2007.

Efetue inscrição até 30/04, preenchendo e enviando esta ficha para:

Instituto APHRODITTE - SP

Rua dos Gusmões, 568 - Bloco 124 - Santa Efigênia.

CEP 01212-000 São Paulo / SP

ou por meio de Fax A/C.: Fernanda de Moraes

Fone/Fax: (11) 3113-9754 – CADS

COMISSÃO ORGANIZADORA



Grupo Organizado de Articulação para Inclusão Social e Cidadania de
Transexuais e Travestis.



**Associação das Pessoas GLSBT
SER HUMANO**