**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, SOCIAIS E AGRÁRIAS**

**COLÉGIO AGRÍCOLA VIDAL DE NEGREIROS**

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO (CURSO INTEGRADO)**

 O objetivo deste questionário é conhecer o perfil do(a) estudante do Curso Técnico Integrado. Para tanto, solicitamos que o mesmo seja preenchido completamente, com sinceridade e objetividade.

**DADOS PESSOAIS DO ESTUDANTE:**

1. Nome Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Como você se considera: ( ) Branco(a) ( ) Pardo(a) ( ) Preto(a)

 ( ) Amarelo(a) ( ) Indígena

1. Qual o seu estado Civil?

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

1. Localização/Zona de residência: ( ) Rural ( ) Urbana
2. Localização diferenciada de residência:

( ) Área onde se localizam povos e comunidades tradicionais

( ) Área onde se localiza comunidade remanescente de quilombos

( )Terra indígena

( ) Área de assentamento

( ) Não está localizada em área de localização diferenciada

1. Onde e como você mora atualmente?

( ) Em casa ou apartamento, com sua família.

( ) Em casa ou apartamento, sozinho(a).

( ) Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a).

( ) Em casa de outros familiares

( ) Em casa de amigos

( ) Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república, etc.

( ) Em casa/apto, mantidos pela família para moradia do estudante

( ) Outra situação, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Quem mora com você?

( ) Moro sozinho(a) ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Esposa / marido / companheiro(a) ( ) Filhos ( ) Irmãos ( ) Outros parentes ( ) Amigos ou colegas

1. Quantas pessoas moram em sua casa? *(incluindo você)*

( ) Duas pessoas ( ) Três pessoas ( ) Quatro pessoas

( ) Cinco pessoas ( ) Seis pessoas ( ) Mais de 6 pessoas ( ) Moro sozinho

1. Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar ao CAVN?

 ( ) A pé/carona/bicicleta ( ) Transporte coletivo

( ) Transporte próprio(carro/moto) ( ) Transporte escolar público

1. Caso sua resposta tenha sido, transporte escolar público, marque as alternativas referentes a esse tipo de transporte:

Poder público responsável pelo transporte escolar público:

( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal/Ônibus do CAVN

1. Tipo de veículo utilizado no transporte escolar público:

 ( ) Bicicleta ( ) Micro-ônibus ( ) Ônibus

( ) Tração animal ( ) Vans/Kombi ( ) Outro tipo de veículo rodoviário

**DADOS ESCOLARES:**

1. Que tipo de Ensino Fundamental (1º ao 9º ano) você cursou?

( ) Regular ( ) Supletivo na Educação de Jovens e Adultos (EJA)

1. Em seu Ensino Fundamental, você estudou em instituições:

( ) Públicas ( ) Privadas ( ) Maior parte em públicas ( ) Maior parte em privadas

1. Em que ano você concluiu o Ensino Fundamental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Qual a formação escolar de seu PAI?

( ) Não estudou ( ) Ensino Superior incompleto (graduação)

( ) 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental ( ) Ensino Superior completo (graduação)

( ) 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental ( ) Pós-graduação (especialização)

( ) Ensino Médio (2° grau) incompleto ( ) Pós-graduação (mestrado e/ou doutorado)

( ) Ensino Médio (2° grau) completo ( ) Não sei

1. Qual a formação escolar de sua MÃE?

( ) Não estudou ( ) Ensino Superior incompleto (graduação)

( ) 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental ( ) Ensino Superior completo (graduação)

( ) 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental ( ) Pós-graduação (especialização)

( ) Ensino Médio (2° grau) incompleto ( ) Pós-graduação (mestrado e/ou doutorado)

( ) Ensino Médio (2° grau) completo ( ) Não sei

**DADOS ECONÔMICOS:**

1. Informe as profissões do(a):

Sua profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não trabalha

Pai ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não trabalha

Mãe ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não trabalha

1. Das pessoas que residem em sua casa, quantas realizam atividades remuneradas (salário ou outra forma de provento):

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) mais que 4

1. A renda mensal de sua família é, aproximadamente:

*(Considere a renda de todos que moram na sua casa)*

( ) Maior que 0 OU menor ou igual a 0,5 (meio) salário mínimo

( ) Maior que 0,5 (meio) salário mínimo OU menor ou igual a 1 (um) salário mínimo

( ) Maior que 1 (um) salário mínimo OU menor ou igual a 1,5 (um e meio) salário mínimo

( ) Maior que 1,5 (um e meio) salário mínimo OU menor ou igual a 2,5 (dois e meio) salários mínimos

( ) Maior que 2,5 (dois e meio) salários mínimos OU menor ou igual a 3,5 (três e meio) salários mínimos

( ) Renda familiar maior que 3,5 (três e meio) salários mínimos

1. A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?

( ) Não ( ) Sim. Quanto? R$:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Assinale quais e quantos dos itens abaixo há em sua casa?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 ou mais | Não Tem |
| TV |  |  |  |  |
| Celular/Smartfone |  |  |  |  |
| Computador/notebook |  |  |  |  |
| Automóvel |  |  |  |  |

1. Em sua casa, sua família utiliza:

 ( ) Telefone fixo ( ) Telefone celular ( ) Acesso à Internet

 ( ) Assinatura de jornal e revistas ( ) TV por assinatura ( ) Netflix

**OUTRAS INFORMAÇÕES:**

1. Você tem alguma alergia? ( ) Não ( )Sim. Qual alergia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Você tem alguma doença crônica? ( ) Não ( )Sim. Qual doença?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Toma algum medicamento de uso contínuo?

( )Não ( )Sim. Qual medicamento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Já sofreu algum acidente?

( )Não ( )Sim. Qual tipo de acidente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Já sofreu alguma cirurgia

( )Não ( )Sim. Qual tipo de cirurgia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tem ou teve alguma doença grave?

( )Não ( ) Sim. Qual doença?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tem alguma dieta especial?

( )Não ( )Sim. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tem alguma necessidade específica (física, mental, social)?

 ( )Não ( )Sim. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Alguma outra informação importante?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bananeiras/PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a) ou do(a) Responsável Legal