

FORMULÁRIO E

REGISTRO DA RECEPÇÃO

(Todos os membros da família que vêm para o Centro de Recursos Familiares)

Data	Hora	Nome (Opcional)	Deseja que entremos em contato com você?	Informações para contato (Opcional)	Você já esteve aqui antes?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		