



CONGREGAÇÃO DE SANTA CRUZ
COLÉGIO NOTRE DAME DE CAMPINAS
COLÉGIO NOTRE DAME CECOIA

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO FAMILIAR - ENSINO BÁSICO

PARA PREENCHIMENTO DA ESCOLA

ANO: 2019

Unidade de Ensino: _____ Série: _____

Entrevista Agendada para: _____ Horário: _____

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome do Aluno e/ou Candidato: _____

RA (se aluno matriculado): _____ CPF do Responsável (se candidato): _____

Data de Nasc. ____/____/____ Natural de: _____ Estado: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Estado civil dos pais: () Casados () Separados () Divorciados () Outro: _____

Se o casal vive separado, de quem é a responsabilidade financeira pela educação do aluno? _____

Endereço residencial do Aluno: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel casa: _____

Celular mãe: _____ Tel trabalho mãe: _____ Tel recado: _____

Tel Pai: _____ E-mail do responsável (OBRIGATÓRIO): _____

II – ESTRUTURA FAMILIAR (Relacionar o aluno e todas as pessoas que vivem na casa).

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda Bruta

Informar se RECEBE:

Bolsa Família: _____ Aposentadoria: _____ Pensão: _____ Aluguéis: _____

Para Preenchimento da Escola

TOTAL DA RENDA FAMILIAR: R\$ _____ RENDA PER CAPITA: R\$ _____

III – BENS DA FAMÍLIA (Todos que residem na casa)

A Casa que a família reside é: () Própria Quitada () Própria Financiada () Alugada () Cedida

() Casa dos patrões () Comunidade, vila, COHAB () Outro: _____

() Se condomínio fechado, informar qual: _____

A família possui outros imóveis: () Não () Sim. Se sim, informar quantidades e localização:

A família Possui: Veículos (carro, moto, caminhão, etc)? () Não () Sim. Se sim, informar todos. Marca e Ano/Modelo: _____

A família possui Empresa Comercial/Industrial/Prestadora de serviço? Especifique: _____

IV – DESPESAS DA FAMÍLIA (Informar o valor TOTAL/MENSAL das despesas da família):

Alimentação: _____ Aluguel: _____ Financiamento Imóvel: _____

Transporte: _____ Financiamento Veículo: _____ Cartão Crédito: _____

Empregada Doméstica: _____ Clube: _____ Ajuda a familiares: _____

Informar em quais Bancos, possui conta corrente ou poupança: _____

Outras despesas: _____

A Família possui Plano de Saúde? () Não () Sim Se sim qual? _____ Valor: _____

Algum membro da família possui doença grave ou problema relevante? () Não () Sim. Se sim informar na entrevista social, quem e qual é o problema de saúde.

Havendo problema grave de saúde, a família obtém os medicamentos/tratamento pelo SUS ou há gasto com a compra? _____

(Havendo gasto com medicamentos ou tratamento, deverá apresentar receita, laudo médico e nota fiscal).

Qual o valor do gasto com medicamento ou tratamento: R\$ _____

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações por mim fornecidas neste formulário e na entrega dos documentos solicitados. Estou ciente das condições para o benefício, bem assim para sua suspensão ou perda, e que a prestação de informações INVERÍDICAS, comprovada a QUALQUER TEMPO, obriga o CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO e exige o RESSARCIMENTO dos VALORES. Responsabilizo-me pelas informações prestadas e pela veracidade dos dados apresentados. Declaro ainda estar ciente, que, processos com documentação incompleta e entregues fora do prazo, serão indeferidos. Em caso de indeferimento, os documentos que compõe este processo, não serão devolvidos.

Eu, _____ RG _____
(Nome por extenso)

CPF _____, declaro que as informações prestadas ao presente formulário expressam a verdade e que estou de acordo com as normas estabelecidas para concessão de gratuidade.

Campinas, ____/____/____

Assinatura