

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA
IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Aluno: _____

Filiação: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ___/___/___ RG: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____ Telefone: () _____ Religião: _____

E-mail: _____

Já participa do Programa Bolsa de Estudos do Colégio 2 de Julho - C2J? Sim Não

Foto 3X4

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Nº _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Profissão: _____ Salário Bruto: _____ Religião: _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

DADOS DOS FAMILIARES (Pessoas que moram, contribuem ou dependam da renda familiar)

	NOME	Idade	Parentesco	Est. Civil	Ocupação Profissional	Renda Mensal
1						R\$
2						
3						
4						
5						
6						R\$
7						R\$
8						R\$
9						R\$
10						R\$
*Possui outras Fontes de Renda? _____ Qual?		() Ajuda familiar () Aluguel () Seguro desemprego () Outros				R\$
					Renda Total	R\$

*Observação: No campo parentesco, a informação deverá ser referente ao aluno. Ex. mãe, pai, irmãos etc.
Para comprovar a **ocupação profissional** do membro da família, sendo ele **estudante** maior de 18 anos, **deverá fazer uma declaração que não exerce atividade remunerada e anexar declaração ou boleto de mensalidade emitida pela instituição de ensino.**

*O solicitante mora em casa: () Própria quitada () Alugada ou Financiada () Cedida () Outros

*Possui outras propriedades? _____ Qual? () Chácara () Sítio () Fazenda () Outros _____
() Carro Quantos? _____ Marca / Ano: _____

*A família é beneficiária de algum programa do governo? () Sim () Não Qual? _____

DESPESAS MENSAIS	
Descrição	VALOR MENSAL
Moradia (Aluguel / Financiamento)	R\$
Alimentação	R\$
Água / luz / telefone	R\$
Transporte escolar	R\$
Educação	R\$
Saúde (convênio médico e medicamentos)	R\$
Prestação (Financiamento, carro, mat. construção)	R\$
Outros (especifique)	R\$

*Observação: Para comprovar os **dados dos familiares, despesas mensais, propriedades e benefícios do governo** serão necessárias cópias dos documentos para veracidade dos mesmos.

INDIQUE COM UM X O CURSO E O ANO PARA O QUAL ESTA SOLICITANDO GRATUIDADE						
CURSOS						----
Educação Infantil	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V		----
	()	()	()	()		----
Ensino Fundamental I	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	----
	()	()	()	()	()	----
Ensino Fundamental II	6º ano	7º ano	8º ano	9º ano		----
	()	()	()	()		----
Ensino Médio	1º ano					
	()					

INFORME A GRATUIDADE DESEJADA (SEM ATIVIDADE ASSISTIDA)
PERCENTUAL
%

Observação: A gratuidade solicitada será analisada por uma comissão.

Situação de saúde:

Tem algum plano de saúde? _____ Qual? _____

Tem algum problema de saúde? _____ Qual? _____

Portador de necessidades especiais? _____ Qual? _____

Declaração

Declaro para os devidos fins que toda informação aqui prestada é a expressão da verdade, e sirvo-me da presente para solicitar a esta instituição, para o ano de 20____, uma das vagas para o aluno, sob minha responsabilidade, como beneficiário de gratuidade para o curso e plano declarado na ficha sócio-econômica.

Estou ciente de que as vagas são limitadas e que para tanto a admissão está sujeita à avaliação da Instituição, e que em caso de ser contemplado, sei de meu compromisso com a Instituição como aluno assistido, e que a atividade educativa que exercerei não possui caráter empregatício.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal