



## Formulário de solicitação de Bolsa de Estudo

Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo: ( ) Novo ( ) Renovação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

None: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino Raça/Cor/Etnia: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Pardo ( ) Preta ( ) Indígena

Série/ano que está cursando: \_\_\_\_\_ Série/ano que cursará próximo ano: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Escola que estuda: \_\_\_\_\_

Informar percentual de bolsa do ano anterior \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Não estudou. ( ) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental ( ) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental

( ) Ensino médio ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-graduação

Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_

( ) Assalariado ( ) Liberal ( ) Autônomo ( ) Aposentado/Pensionista ( ) Empregador ( ) Servidor Público

( ) Trabalhador Rural ( ) Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho ( ) Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço Resid.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

Endereço Profissional: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone Com.: ( ) \_\_\_\_\_

Salário BRUTO: \_\_\_\_\_ Mês de Referência: \_\_\_\_\_

Responsável financeiro junto ao Colégio? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

### IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Nome: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Não estudou. ( ) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental ( ) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental ( ) Ensino

médio ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-graduação

Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_

( ) Assalariado ( ) Liberal ( ) Autônomo ( ) Aposentado/Pensionista ( ) Empregador ( ) Servidor Público

( ) Trabalhador Rural ( ) Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho ( ) Estagiário remunerado/Bolsa pesquisa

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço Resid.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

Endereço Profissional: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone Com.: ( ) \_\_\_\_\_

Salário BRUTO: \_\_\_\_\_ Mês de Referência: \_\_\_\_\_

Responsável financeiro junto ao Colégio? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

**OUTROS RENDIMENTOS**

Pensão (judicial ou não) R\$ \_\_\_\_\_  
Aposentadoria: R\$ \_\_\_\_\_  
Pensão Civil ou Militar R\$ \_\_\_\_\_  
Pró-labore (ou afim) R\$ \_\_\_\_\_  
Poupança e/ou outras aplicações R\$ \_\_\_\_\_  
Auxílio recebido de pessoas não declaradas como integrantes do grupo familiar R\$ \_\_\_\_\_ (apresentar declaração)  
Outros Rendimentos (especificar) R\$ \_\_\_\_\_ (apresentar comprovante ou declaração)

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES****HABITACIONAIS**

Tipo de Imóvel:

- ( ) Próprio Quitado. Possui outros imóveis? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_ Recebimento de aluguéis: R\$ \_\_\_\_\_  
( ) Próprio Financiado Valor da parcela mensal: R\$ \_\_\_\_\_  
( ) Alugado Valor do aluguel mensal: R\$ \_\_\_\_\_  
( ) Cedido. Por quem? \_\_\_\_\_  
( ) herdada  
( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

A família possui outros imóveis além da moradia?

- ( ) Lote/ Barracão  
( ) Sítio/Chácara/ Fazane

**AUTOMÓVEIS**

Marca	Modelo	Ano	Situação
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____
			( ) Quitado ( ) Financiado: Valor da parcela: R\$ _____

**NÚCLEO FAMILIAR**

Relação de membros do grupo familiar (todas as pessoas da casa, inclusive o requerente)

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda (bruta)	Declara IR?
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não
					___ Sim ___ Não

Renda (bruta) total mensal do grupo familiar:

**EDUCAÇÃO****Membros do grupo familiar que estudam (inclusive dos adultos)**

Nome	Série/Ano	Instituição de Ensino	Valor Mensal

**Despesa total mensal do grupo familiar:****SAÚDE****Membros do grupo familiar que apresentam patologias  
(incidência de pessoas submetidas a tratamentos médicos, terapêutico e/ou que façam uso contínuo de medicamentos e portadores de deficiência física):**

Nome	Idade	Parentesco	Patologia	Despesa Mensal

**Despesa total mensal do grupo familiar:****PROGRAMAS SOCIAIS**

O grupo familiar participa de programas de transferência de renda? \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

 Programa de Erradicação do trabalho Infantil – PETI Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano – Programa Bolsa Família e os programas remanescentes nele unificados Programa Nacional de Inclusão do Jovem – Pró-Jovem Auxílio Emergencial (desastre, calamidade pública ou situação emergencial) Benefício de Prestação Continuada - BPC (LOAS) Outros. Especificar \_\_\_\_\_**DESPESAS MENSAIS BÁSICAS**

Despesas	Valor R\$	Despesas	Valor R\$
Aluguel / SFH		Transporte Escolar	
Água		Mensalidade Escolar (total)	
Luz		Plano de Saúde	
IPTU		Medicamentos	
Telefone		Cursos livres	
Condomínio		Outros	
Alimentação			

**Total das Despesas mensais:**

