



Pessoas que estudam em outras escolas particulares		
Nome	Escola	Valor da Parcela

**Condições de Saúde (Relatório Médico)**

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_ Faz uso contínuo de medicamento? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo de Doença	Despesas Mensal - R\$

**Pessoa com Deficiência**

Física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla - (Conforme Decreto 3.298/99). Há pessoa com deficiência na família? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo de Deficiência	Despesas Mensal - R\$

**Despesas mensais básicas**

Despesas	Valor: R\$	Despesas	Valor: R\$
Água		IPTU	
Luz		Imposto de Renda	
Telefone		Internet	
Alimentação		Educação	
Condomínio		Outro tipo de financiamento	
Plano de Saúde			
<b>Sub-Total</b>	<b>R\$</b>	<b>Sub-Total</b>	<b>R\$</b>
		<b>Soma Total</b>	<b>R\$</b>

***Não deixe de preencher o espaço abaixo***

Descreva, de maneira clara e detalhada, alguns dados que possibilitem esclarecer melhor a situação de sua família.

É muito importante que o (a) Sr. (a) relate os motivos que justifiquem a solicitação da bolsa de estudo

*Lembrete: Estas informações são imprescindíveis para a conclusão do estudo sócio-econômico.*

Declaro, para efeito de estudo sócio-econômico, que assumo inteira responsabilidade sobre as informações registradas e cópias xerox dos comprovantes de rendas e despesas anexados.

Declaro, ainda, estar ciente de que os dados apresentados serão submetidos a uma análise técnica, e se caso for convocado (a), deverei comparecer para entrevista com a assistente social em data/horário previamente agendada pela instituição, portando os originais dos documentos anexados a este formulário.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**NOME DO ALUNO**

ASSINATURA AUTORIZADA  
O FUNCIONARIO(A) / SERVIÇO SOCIAL

