



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

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO FAMILIAR - ENSINO BÁSICO

PARA PREENCHIMENTO DA ESCOLA

ANO: 2018

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	Nascimento (dia/mês/ano)	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.***

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
( Nome por extenso)

CPF \_\_\_\_\_, declaro que as informações prestadas ao presente formulário expressam a verdade.

Campinas, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_