



COLEGIO SANT'ANA

Associação Missionária de Beneficência – Colégio Sant'Ana - CNPJ 80.234.826/0012-07
 Rua Senador Pinheiro Machado, 189 – Ponta Grossa – PR - CEP 84010-310 – (42) 3224-0301
<http://www.santanapg.com.br> - csantana@santanapg.com.br

FICHA SÓCIO-ECONÔMICA PROGRAMA DE CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTUDO DE ENTIDADE BENEFICENTE

Espaço Exclusivo para a Comissão de Concessão de Bolsas Estudos				
Ano: 2018		Situação: () Deferido () Indeferido. Motivo:		
Índice de Classificação				
RPCF	DRI	NIGF	M	Total - Índice de Classificação
Portador de Necessidades Especiais	Matriculado em 2017?	Rendimento Escolar do Aluno:	Parecer da Comissão	
2.1 () Sim () Não	2.1 () Sim () Não	2.1 _____	2.1 () FI 100% () FP 50% () Comercial: _____ %	
2.2 () Sim () Não	2.2 () Sim () Não	2.2 _____	2.2 () FI 100% () FP 50% () Comercial: _____ %	
2.3 () Sim () Não	2.3 () Sim () Não	2.3 _____	2.3 () FI 100% () FP 50% () Comercial: _____ %	
Observações:				
Data: / /				
Assinatura Comissão de Concessão de Bolsas Estudos			Assinatura Direção:	

É assegurado ao responsável o sigilo sobre as informações contidas neste documento, salvo as exigidas pelos órgãos governamentais para prestação de contas. Solicitamos sigilo absoluto quanto ao desconto/bolsa concedida.

1. Identificação do Solicitante	
Nome do Pai:	
CPF:	RG: Emissor: CTPS:
Data de Nascimento: / /	
Situação do Pai: () Separado () Falecido () Outros:	
Endereço: Nº:	
Complemento:	Bairro: Município:
CEP:	Telefones:
E-mail:	
Local de Trabalho / Profissão:	Renda bruta mensal:
Nome da Mãe:	
CPF:	RG: Emissor: CTPS:
Data de Nascimento: / /	
Situação do Mãe: () Separada () Falecida () Outros:	
Endereço: Nº:	
Complemento:	Bairro: Município:
CEP:	Telefones:
E-mail:	
Local de Trabalho / Profissão:	Renda bruta mensal:
Quem será o responsável financeiro do(s) aluno(s)?	
() Pai () Mãe () Outro. Especificar:	
Nome do Responsável (Preencher somente quando este não for o pai e/ou mãe):	
CPF:	RG: Emissor: CTPS:
Sexo: () Masculino () Feminino	Data de Nascimento: / /
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Viúvo(a) () Separado(a) () Divorciado(a)	
Endereço: Nº:	
Complemento:	Bairro: Município:
Estado/UF:	CEP: Telefones:
E-mail:	
Local de Trabalho / Profissão:	Renda bruta mensal:
Documento comprobatório da responsabilidade:	
2. Dados do Aluno <small>(Caso o aluno seja portador de necessidades especiais, incluir na documentação laudo médico atestando a espécie e o grau da deficiência, no s termos do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID.)</small>	
2.1 Nome do(a) Aluno(a):	
Portador de Necessidades Especiais? () Não () Sim. Qual?	
Sexo: () Masculino () Feminino	Data de Nascimento: / /
Série / Turma 2017:	
Aluno do Colégio Sant'Ana? () Sim. Quanto tempo? () Não	
2.2 Nome do(a) Aluno(a):	
Portador de Necessidades Especiais? () Não () Sim. Qual?	
Sexo: () Masculino () Feminino	Data de Nascimento: / /
Série / Turma 2017:	
Aluno do Colégio Sant'Ana? () Sim. Quanto tempo? () Não	

