



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: 2019		Situação: () Deferido () Indeferido. Motivo:		
Índice de Classificação				
RPC F	DR I	NIG F	M	Total - Índice de Classificação
Portador de Necessidades Especiais	Matriculado em 2018?	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 da 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 (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.)			
2.1 Nome do(a) Aluno(a):			
Portador de Necessidades Especiais? () Não () Sim. Qual? _____			
Sexo: () Masculino () Feminino		Data de Nascimento: / /	
Série / Turma 2018:			
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 2018:			

