



Centro Educacional Sagrada Família

Mantenedora: ASSOCIAÇÃO BRASILENSE DE EDUCAÇÃO
Reconhecimento: Portaria nº 34 de 04/12/89 – CNPJ: 00.045.690/0003-67
SGAN 906 - Lote “C” - 70790-060 - Brasília-DF - Fone: 3272-1727 - Fax: 3273-5551
e-mail: safa@solar.com.br Site: www.safa.com.br

FORMULÁRIO DE PEDIDO PARA ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL – 2009

Nº

REALIZAR O PREENCHIMENTO COMPLETO DESTE FORMULÁRIO E ASSINAR

A - DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Nome do Responsável Financeiro									
Endereço (Av., Setor, ...)								Número	
Complemento de Endereço					Cidade			UF	
CPF do Responsável Financeiro			RG do Resp. Financeiro			Órgão Exp.	Data de Nascimento		
CEP:		Telefone Residência		Telefone Trabalho		Celular			
Salário Bruto:					Profissão:				
Grau de Parentesco com os Alunos _____									
Possui outra renda? ()SIM R\$ _____ ()NÃO E-MAIL: _____									

B - DADOS DOS(A) ALUNOS(A): (Caso pretenda matricular mais de um filho (a) preencher mais de um dado)

01 – Nome do Aluno(a):					Data de Nascimento		Sexo M-() F-()		
Matricula nº		Ano que irá cursar em 2009		Nível de Ensino: () Infantil () Fundamental () médio					
					Turno: () Matutino () Vespertino				
Escola de Origem (para aluno novo)									
02 – Nome do Aluno(a):					Data de Nascimento		Sexo M-() F-()		
Matricula nº		Ano que irá cursar em 2009		Nível de Ensino: () Infantil () Fundamental () médio					
					Turno: () Matutino () Vespertino				
09 – Escola de Origem (para aluno novo)									
03 – Nome do Aluno(a):					Data de Nascimento		Sexo M-() F-()		
Matricula nº		Ano que irá cursar em 2009		Nível de Ensino: () Infantil () Fundamental () médio					
					Turno: () Matutino () Vespertino				
Escola de Origem (para aluno novo)									

C – SITUAÇÃO FAMILIAR DOS (AS) ALUNOS (AS):

- Residem com: () PAI () MÃE OUTROS _____ (caso resida com os dois marcar ambos)
- Houve reprovação no Ano Letivo de 2008? () Sim () Não
- Grupo Familiar possui:
IMÓVEL - () PRÓPRIO: () quitado () financiado Valor _____
() ALUGADO Valor _____
() CEDIDO
- VEÍCULO: () Não () Sim: Quantidade: _____ Marca: _____ Ano: _____ / Marca: _____ Ano: _____
- Doente Crônico na família: () SIM Qual doença _____ () NÃO

5. Escola/faculdade paga (outro membro familiar): () SIM Valor: _____ () NÃO

D - COMPOSIÇÃO FAMILIAR (pessoas que moram na mesma residência e/ são dependentes do responsável financeiro)

	NOME	PARENTESCO (com relação ao aluno)	IDADE	OCUPAÇÃO/ PROFISSÃO	RENDA/ SALÁRIO
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
TOTAL DE RENDIMENTOS					

Motivo da Solicitação:

• O presente Requerimento é somente para alunos que realmente **precisam de Assistência Educacional, com per capita familiar explicitada no item 7 do Edital 01/2008**

- A assistência concedida será de acordo com os critérios estabelecidos, levando-se em conta o Índice de Carência apurado, até o montante de recursos disponibilizados pela mantenedora.

SÃO MOTIVOS PARA CANCELAMENTO A QUALQUER MOMENTO, DA ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL QUANDO:

- A comissão identificar quaisquer fatos que o motivem, tais como: melhora da renda per capita e inveracidade na documentação apresentada;
- inadimplência por parte do responsável financeiro sendo cortada a Assistência Educacional a partir da segunda mensalidade consecutiva não paga e da terceira intercalada;
- atos de indisciplina por parte do aluno (a) no espaço escolar (dentro e fora da sala de aula), registrados pela Coordenação, Orientação e/ou Direção;
- média bimestral inferior a 6,0 (seis) no 1º bimestre; e a 7,0 (sete) no 2º e 3º bimestres;
- ausência de mais de 5 (cinco) dias de aula no bimestre em consideração, exceto Atestado Médico;
- mais de 3 (três) chegadas atrasadas às aulas no mês sem justificativa, conforme Informativo.

OBS: Os documentos solicitados (cópias autenticadas) devem estar anexados neste formulário, só aceitaremos documentos originais no caso das declarações com firmas reconhecidas e atestados médicos

ATENÇÃO:

O Centro Educacional Sagrada Família reserva-se o direito de apurar a autenticidade das informações prestadas.

Para entrar em vigor qualquer concessão, será necessária a assinatura do **Contrato de Assistência Educacional 2009**.

A documentação entregue, mesmo em caso de indeferimento, não será devolvida no todo ou em parte, pois fará parte dos arquivos do Centro Educacional Sagrada Família.

Declaro estar ciente da veracidade destas informações:

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável pelo(a) aluno(a)

.....**Preenchimento exclusivo do Centro Educacional Sagrada Família**.....

PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL

IC BRUTO = _____	IC LÍQUIDO = _____
CARACTERIZANDO:	
() ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL PARCIAL () ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL INTEGRAL	
() SEM ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL	
OBS _____	

Assistente Social

ALUNO 1: () DEFERIDO ____% () INDEFERIDO DATA: / /

Responsável Administrativo do Colégio

ALUNO 2: () DEFERIDO ____% () INDEFERIDO DATA: / /

Direção

ALUNO 3: () DEFERIDO ____% () INDEFERIDO DATA: / /
