

LEVANTAMENTO SOCIECONÔMICO FAMILIAR – 2027

EU, _____, responsável pelo(s) aluno(s) abaixo qualificado, solicito que seja concedida gratuidade na parcela de Anuidade Escolar ao(s) aluno(s) a seguir identificado(s), no ano de 2026.

_____ Ano em 2027 _____

DADOS PESSOAIS DOS RESPONSÁVEIS PELO ALUNO

Nome:	Estado civil:
Grau de parentesco () PAI () MÃE () OUTROS:	
CPF:	RG:
E-mail (particular):	
Profissão:	Escolaridade:
Trabalha? () sim () não	() desempregado (a)/ Há quanto tempo?
Nome da Empresa:	Ocupação:
Telefone Comercial: ()	Celular:
Nome:	Estado civil:
Grau de parentesco () PAI () MÃE () OUTROS:	
CPF:	RG:
E-mail (particular):	
Profissão:	Escolaridade:
Trabalha? () sim () não	() desempregado (a)/ Há quanto tempo?
Nome da Empresa:	Ocupação:
Telefone Comercial: ()	Celular:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Dados de todas as pessoas que residem no imóvel, incluindo o aluno):

NOME	GRAU PARENTESCO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	OCUPAÇÃO	RENDA BRUTA

OUTRAS FONTES DE RECEITA DA FAMÍLIA

Receitas de alugueis/ imóveis	R\$ _____
Pensões Alimentícias/ Escolares	R\$ _____
Aposentadorias/ Pensões	R\$ _____
Pró-Labore/ Participação societárias	R\$ _____
Outras fontes de receita	R\$ _____

INFORMAÇÕES SITUAÇÃO FAMILIAR

O aluno (a) reside no Endereço

Nº Complemento Bairro Telefone

Ponto de referência do imóvel que reside:

O aluno reside com: ()pai e mãe ()pai ()mãe outros

Seu imóvel de moradia é ()Próprio ()Financiado ()Alugado ()Cedido. Por quem?

Há quanto tempo mora nesse imóvel?

A anuidade escolar é paga por: ()pai e mãe ()pai ()mãe outros

Anteriormente solicitou bolsa/gratuidade?()Sim ()Não Foi atendido?()Sim ()Não. Porcentagem

O aluno já foi reprovado? ()Sim ()Não Em que ano?

O aluno frequenta outros cursos além do colégio? Quais?

Pensão alimentícia: Paga? () Não () Sim Valor:

GRUPO FAMILIAR POSSUI

Outros imóveis? ()Não ()Sim Quantos? Em que bairro(s)/Cidade:

Automóvel: ()Não ()Sim Qual (is) Modelo: Ano: Financiado R\$

DADOS SOBRE SAUDE

Algun membro da família possui doença crônica ou algum problema relevante? ()Sim ()Não (Apresentar laudo médico)

Nome	Doença	Tratamento	Local em que realiza tratamento	Valor

Outros Tratamentos

Pedagogo: () valor: R\$ _____

Fisioterapia: () valor: R\$ _____

Psicólogo: () valor: R\$ _____

Fonoaudiólogo () valor: R\$ _____

Ortodontia: () valor: R\$ _____

DESPESAS DA FAMÍLIA (ANEXAR XEROX DOS COMPROVANTES)

Aluguel: R\$	Financiamento Habitacional: R\$	Condomínio: R\$
Água: R\$	Energia Elétrica: R\$	Gás: R\$
Telefone fixo: R\$	Telefone celular: R\$	TV por assinatura: R\$
Internet: R\$	Cartão de crédito: R\$	Convenio Médico: R\$
Farmácia: R\$	Empréstimos: R\$	Alimentação: R\$
Transporte: R\$	Mensalidade Clube: R\$	Mensalidade Escolar: R\$
Outros: R\$	Empregada: R\$	Mensalidade universitária: R\$
Observação _____		

Declaro ter conhecimento e aceitar as condições abaixo para a concessão da gratuidade:

- A gratuidade será concedida se comprovada a real necessidade da família, mediante avaliação sócio-econômica, visita domiciliar e entrevista pessoal;
- Não serão analisados requerimentos incompletos;
- Será suspensa em qualquer época do ano e a critério da Direção, a bolsa/gratuidade concedida **com base em informações incorretas**;
- O aluno beneficiado pela Escola com 50% **deverá efetuar o pagamento até a data do vencimento**;
- O inadimplemento incorrerá na perda da gratuidade;
- Toda e qualquer gratuidade dada pela ESCOLA **constitui concessão filantrópica**, podendo ser alterada a qualquer momento ou suspensão, desde que comunicada com antecedência mínima de 30 dias;
- O responsável financeiro deve se comprometer a apresentar comprovantes das declarações contidas neste requerimento, bem como prestar as informações solicitadas pelo Serviço Social.
- A documentação apresentada (formulário/fotocópias e outros) não será devolvida em hipótese alguma (deferido ou indeferido).

RESPONSABILIZO-ME PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

Campinas, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL