

BOLSA FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
NOME DO RESPONSÁVEL:		
RG:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO / /
NOME DO CONJUGE:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE – UF:	CEP:

ALUNOS		
nome	parentesco	RA
1.		
2.		
3.		

O acima identificado, sendo único responsável pelo pagamento das mensalidades dos alunos relacionados, vem pela presente solicitar o desconto de Bolsa Família.

Declara, sob as penas da Lei, que as pessoas abaixo relacionadas são membros da mesma família e dependentes da mesma renda.

Declara, ainda, que a inveracidade das informações poderão acarretar o cancelamento do desconto e a cobrança, a qualquer tempo, dos valores concedidos, corrigidos monetariamente.

O signatário manifesta ciência que as cobranças serão emitidas em seu nome.

Assis, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável

Anexar cópia de documentação comprobatória (certidão de nascimento/casamento ou RG e Comprov. de Residência)

ATENÇÃO: entregar a documentação até o dia 20 de cada mês para obter desconto no mês subsequente.