**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA BOLSA DE ESTUDOS DO COLÉGIO METODISTA CENTENÁRIO**

1. **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano/Série:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nasc:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Naturalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) É estudante do Colégio e paga integral Ano que ingressou no Colégio:\_\_\_\_\_

( ) É bolsista parcial de 50%

( ) Possui desconto de \_\_\_\_% Tipo de desconto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Atualmente estuda em escola pública – Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Atualmente estuda em escola particular – Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No caso de escola particular, recebe algum desconto ou bolsa de estudos e qual o percentual?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual o meio de transporte que será usado para se deslocar até o Colégio?

( ) carro da família ( ) ônibus ( ) moto ( ) outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **RESPONSÁVEL PELO ALUNO**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está empregado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local de trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outras fontes de renda?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº de dependentes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cônjuge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Renda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Grupo Familiar**

Informações sobre todos que contribuem ou dependem da Renda Familiar

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Grau de  Parentesco | Ocupação Profissional | Renda  R$ | Idade | Escolaridade | Estado  Civil |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Sua família recebe pensão alimentícia? ( ) Sim ( ) Não Qual valor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os estudantes da família, estudam em:

( ) Escola particular Qual escola?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mensalidade: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Escola Pública Qual escola?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CASOS ESPECIAIS**

Existe doença crônica na família? ( ) Sim ( ) Não

Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quem é o portador?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gastos possíveis de comprovação com o portador da doença. R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicação utilizada é adquirida em setor público? ( ) Sim ( ) Não

1. **DADOS SOCIOCENÔMICOS**

O grupo familiar possui Plano de Saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quem possui? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor mensal, gasto com o plano de saúde? R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A família possui bens imóveis? ( ) Sim ( ) Não Quantos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A família possui automóvel? ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marca e Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso alguém do grupo familiar possua uma empresa, informar:

Nome da empresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de funcionários:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor do patrimônio total da empresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ao assinar o presente formulário, assumo total responsabilidade sobre a veracidade das informações prestadas, as quais poderão ser investigadas ou confirmadas a qualquer tempo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pelo aluno