



## ANEXO I

### FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA BOLSA DE ESTUDOS DOS COLÉGIOS URCAMP

#### I - 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 \_\_\_\_\_

#### II - RESPONSÁVEL PELO ALUNO

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

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

Está empregado? \_\_\_\_\_



Profissão: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

Estado Civil \_\_\_\_\_ N° de dependentes: \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda \_\_\_\_\_

### III — 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? \_\_\_\_\_



### III - CASOS ESPECIAIS

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

Qual? \_\_\_\_\_

Quem é o membro que a possui? \_\_\_\_\_

Gastos possíveis de comprovação com o membro que possui a doença. R\$ \_\_\_\_\_

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

### IV - DADOS SOCIOECNÔMICOS

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: \_\_\_\_\_

Número 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.**



---

**Data:**  
**Local:**  
**Nome do Responsável:**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_