



PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL

FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO/REOPÇÃO DE BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

ANO: _____



1. IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:

Nome: _____

Foto 3x4

Curso: _____ N° de Matrícula: _____ Série/ Turma _____ Turno: _____

CPF: _____ RG: _____ Cor/raça: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Telefones: Residencial: _____ Celular: _____ Recado: _____

E-mail: _____

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS DESTE QUESTIONÁRIO

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

2.1 Escreva os nomes de todas as pessoas do seu grupo familiar, inclusive o seu:

Nº	Nome dos Membros da Família	Parentesco	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Idade	Renda mensal (R\$)
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

3. SITUAÇÃO ESCOLAR:

3.1 Foi discente do IFAM no ano/semestre anterior? () Sim () Não

3.2 Ficou retido no ano/semestre anterior?

() Não () Sim. Justifique: _____

3.3 Ficou em dependência? () Não () Sim. Em qual(is) disciplinas? _____

3.4 Trancou matrícula? () Não () Sim. Qual o motivo? _____

3.5 Faz algum curso paralelo? () Não () Sim. Qual? _____
Onde? _____

4. MARQUE EM QUAIS OS BENEFÍCIOS VOCÊ FOI BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL DO IFAM EM ANO/SEMESTRE ANTERIOR:

() Alimentação () Creche () Material didático-pedagógico () Transporte

() Moradia () Alojamento

() Outros. Qual? _____

5. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:

() Alimentação () Creche () Material didático-pedagógico () Transporte

() Moradia () Alojamento

() Outros. Qual? _____

6. JUSTIFIQUE O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas nesse Cadastro Socioeconômico.

Cidade e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Discente

Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável