



**PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL**

**FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO/REOPÇÃO DE BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL**

ANO: \_\_\_\_\_



**1. IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:**

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

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:

N°	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 Discente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável