



**CURSO**

( ) Clássico

Série \_\_\_\_\_

Matrícula Nº

**FICHA DE AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONOMICA E FAMILIAR****3.3 - TEM FILHOS ESTUDANDO EM ESCOLAS PARTICULARES?** ( ) Sim ( ) Não

Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

**4 - CONDIÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:**

4.1 - Há alguém em tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Faz uso contínuo de medicamento? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Despesa mensal: R\$ \_\_\_\_\_

4.2 - Há alguém com doença crônica na família? (pulmonar, renal, câncer, sangüínea, AIDS, neurológica (epilepsia), cardíaca, outras)? Quem? \_\_\_\_\_

Despesa mensal: R\$ \_\_\_\_\_

4.3 - Há pessoas com deficiência na família? (Física, mental, sensorial (auditiva/visual), múltipla) ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Despesa mensal: R\$ \_\_\_\_\_

**5) INFORME AS DESPESAS FIXAS MENSAIS DA FAMÍLIA (Se houver manutenção de duas casas, informar a soma das duas despesas):**

DESPESAS	VALOR	DESPESAS	VALOR
ÁGUA		IPTU	
LUZ		IMPOSTO DE RENDA	
TELEFONE		INSS	
INTERNET		TRANSPORTE ESCOLAR	
ALIMENTAÇÃO		COMBUSTIVEL	
ALUGUEL		EDUCAÇÃO	
CONDOMÍNIO		FINANCIAMENTOS	
PLANO DE SAÚDE		OUTRAS DESPESAS*	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura legível do responsável pelas informações: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Para preenchimento da ETBB:**

Documento recebido e avaliado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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