



**Prefeitura de Cabreúva**

**Secretaria de Educação**

Av. Marciano X. Oliveira, 532, Centro

Cabreúva/SP - CEP: 13.315-000

Tel.: 11 - 4528-0500

sec.educacao@cabreuva.sp.gov.br

www.cabreuva.sp.gov.br

### **SITUAÇÃO FAMILIAR DO ALUNO**

Neste campo informar todas as pessoas que residem na casa:

<b>NOME</b>	<b>GRAU DE PARENTESCO</b>	<b>RENDA MENSAL BRUTA</b>

### **DECLARAÇÃO**

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação destes documentos aos órgãos públicos.

Declaro ainda que estou ciente que devo apresentar até 20 de cada mês, para recebimento no dia 10 do mês seguinte, atestado de frequência ou cópia do pagamento do boleto. O mesmo poderá ser enviado por e-mail [auxiliotransporte@cabreuva.sp.gov.br](mailto:auxiliotransporte@cabreuva.sp.gov.br). A falta de comprovação causará a perda do benefício.

O aluno terá o prazo de dois dias úteis após a data prevista do pagamento para questionar o não recebimento.

Cabreúva, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno (a) ou responsável legal



## Prefeitura de Cabreúva

### Secretaria de Educação

Av. Marciano X. Oliveira, 532, Centro

Cabreúva/SP - CEP: 13.315-000

Tel.: 11 - 4528-0500

sec.educacao@cabreuva.sp.gov.br

www.cabreuva.sp.gov.br

### AUXILIO TRANSPORTE REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO ANO LETIVO 2024

DADOS DO REQUERENTE			
REQUERENTE:			
RG:			
CPF:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
BAIRRO:			
E-MAIL:			
EMPRESA QUE TRABALHA:			
ENDEREÇO COMERCIAL:			
PROFISSÃO:		SALÁRIO:	R\$
TRABALHADOR AUTÔNOMO:			
TIPO DE ATIVIDADE:			

### DADOS DO CURSO

( ) CURSO TÉCNICO EM: \_\_\_\_\_

( ) GRADUAÇÃO UNIVERSITÁRIO EM: \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA SEMANAL: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: \_\_\_\_\_

CIDADE/UF: \_\_\_\_\_

### DADOS BANCÁRIO

CHAVE PIX – CPF DO ALUNO : \_\_\_\_\_