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:

NOME	GRAU DE PARENTESCO	RENDA MENSAL BRUTA

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. 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 :_____