ASSOCIAÇÃO BRASILIENSE DE EDUCAÇÃO – COLÉGIO GABRIEL TABORIN

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL - 2027

A - DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Nome do Responsável Financeiro: _____

Endereço: _____

Complemento de Endereço: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp. _____

Data de Nascimento: _____ Celular: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone Trabalho: _____

E-mail: _____

Salário Bruto: _____

Profissão: _____

Possui outra renda? ( ) Sim R$ _____ ( ) Não

Grau de Parentesco com o(s) Estudante(s): _____.

B - DADOS DO ESTUDANTE:

Nome do Estudante: _____ CPF: ____/____/____-____.

Data de Nascimento: _____ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Houve reprovação no Ano Letivo de 2026? ( ) Sim ( ) Não

Ano/Série que irá cursar em 2027: _____

Nível de Ensino: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio

Turno: ( ) Matutino ( ) Vespertino

C - SITUAÇÃO FAMILIAR DO ESTUDANTE:

1. O estudante reside com: ( ) Pai ( ) Mãe (caso resida com os dois marcar ambos)

Outros: _____

2. Grupo Familiar possui:

Imóvel

Sim ( ) Quantidade: _____

Não ( )

1. ( ) Quitada ( ) Próprio ( ) Cedido

( ) Financiado R$ _____

( ) Alugado. Valor do aluguel: R$ _____

2. ( ) Quitada ( ) Próprio ( ) Cedido

( ) Financiado R$ _____

( ) Alugado. Valor do aluguel: R$ _____

3. ( ) Quitada ( ) Próprio ( ) Cedido

( ) Financiado R$ _____

( ) Alugado. Valor do aluguel: R$ _____

Veículo

Sim ( ) Quantidade: _____

Não ( )

1. Marca_____Ano: _____

2. Marca_____Ano: _____

3. Marca_____Ano: _____

4. Marca_____Ano: _____

5. Marca_____Ano: _____

6. Marca_____Ano: _____

7. Marca_____Ano: _____

8. Marca_____Ano: _____

3. Doente crônico na família: ( ) Sim. Qual doença: _____

( ) Não

4. Outro membro familiar estuda em escola e/ou faculdade paga?

( ) Sim. Valor da mensalidade: R$_____

( ) Não

5. O grupo familiar é inscrito no CadÚnico do Governo Federal?

( ) Sim - Qual o número do NIS?_____.

*Apresentar comprovante do CadÚnico atualizado (últimos 2 anos) e o último comprovante do benefício.

( ) Não.

6. O grupo familiar recebe ajuda do Governo Federal ou Distrital?

( ) Sim - Valor R$_____.

( ) Não.

7. Em casos de pais separados, recebe pensão alimentícia? (Apresentar a declaração correspondente).

( ) Sim - Valor R$_____.

( ) Não.

D - COMPOSIÇÃO FAMILIAR (pessoas que moram na mesma residência):

	Nome	Parentesco (com relação ao estudante)	Idade	Ocupação / Profissão	Salário (bruto mensal)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
		Total de Rendimentos:		**R$**	

ATENÇÃO:

- O presente Requerimento é somente para estudantes que realmente ESTEJAM DE ACORDO com os critérios de concessão da Assistência Educacional.
- A assistência concedida será de acordo com os critérios estabelecidos pelo Edital de Bolsas Remanescentes 02/2027 publicado no *site* do Colégio Gabriel Taborin.
- O Colégio Gabriel Taborin se reserva o direito de apurar a autenticidade das informações prestadas.
- O deferimento total, parcial ou o indeferimento do pedido será analisado pela Comissão de avaliação do benefício de Assistência Educacional. Para entrar em vigor qualquer concessão, será necessária a assinatura do Contrato de Assistência Educacional 2027.
- Os documentos solicitados (cópias) devem estar anexados a este formulário, só aceitaremos documentos originais no caso das declarações e atestados médicos.

CANCELAMENTO DA ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL:

A Assistência Educacional poderá ser cancelada a qualquer momento, desde que identificados pela comissão qualquer fato que o motivam, tais como:

- Reprovação atrelada a atos de indisciplina por parte do estudante no espaço escolar (dentro e/ou fora da sala de aula contra colegas ou corpo docente), registrados pela Coordenação, Orientação e/ou Direção, quando exauridos.
- Denegrir verbalmente e deixar de zelar pelo nome do Colégio Gabriel Taborin, por meio de conversas paralelas dentro ou fora do espaço físico da Instituição, sem procurar a Diretoria pedagógica e administrativa para dar ciência prévia dos fatos, impedindo a resolução do problema existente, bem como a melhoria da qualidade de ensino destinada aos seus filhos já matriculados no Colégio.
- Desrespeitando antes de qualquer coisa o Artigo 18 - ECA.
- Ausência de mais de 5 (cinco) dias de aula no trimestre em consideração, exceto com Atestado Médico.
- Aumento da renda per capita. Inveracidade na documentação.
- A não atualização dos dados cadastrais na ficha de Assistência Educacional e na Secretaria do Colégio.
- Inadimplência na Instituição.
- Comprovação de denúncia formal a qualquer tempo.
- Não assinatura do Termo Aditivo.
- Falta de documentos obrigatórios ou documentos solicitados pela comissão.
- Cassos omissos serão tratados a parte.

Eu,_____,
declaro, para os devidos fins, que li e estou ciente do Regulamento e das disposições acima, bem como todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, estando de acordo com os termos e condições nele estabelecidos. Eu autorizo aos membros da Comissão de Assistência Educacional 2027 do Colégio Gabriel Taborin a conhecer, in loco, a situação apresentada, bem como a todos os procedimentos necessários à verificação da veracidade das informações prestadas, colocando-me à disposição da comissão para prestar maiores esclarecimentos, caso a comissão julgar necessário.

Declaro estar ciente da veracidade destas informações.

A efetivação da assinatura implica a concordância e aceitação integral do conteúdo do Edital 02/2027 para Processo de Assistência Educacional 2027 publicado no *site Marau*-www.taborin.com.br.

Marau- RS,_____de_____de 2026.

_____

Assinatura do Responsável Financeiro do(a) Estudante