



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**Prefeitura Municipal de Treviso**



**REQUERIMENTO DE BOLSA DE ESTUDO – ANO 2024**

**Dados do Aluno**

Nome:		
Colégio/Universidade:		
Curso:	Fase:	
Período: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno ( ) Mat/Vespertino		
Data de Nascimento:		
CPF:		
RG:		
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	Telefone Residencial:	Celular:
Data da Solicitação da Bolsa:		
Possui alguma necessidade especial: ( ) Sim ( ) Não		
Reside em Comunidade: ( ) Sim Qual: ( ) Não		

**Dados dos Pais**

Nome da Mãe:
Nome do Pai:

**Obs.: Serão pagas as mensalidades de 10 meses (De fevereiro a junho / De agosto a dezembro).**

**O pagamento da mensalidade referente aos meses de janeiro e julho serão de responsabilidade de cada estudante, pois são compreendidas como matrícula e rematrícula.**

---

**Assinatura do Responsável**