



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Pró Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil

ANEXO III

FORMULÁRIO DE SELEÇÃO E RENOVAÇÃO PARA O SERVIÇO CRECHE E AUXÍLIO CRECHE – 2018.1

ESTUDANTE

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

DOCENTE

1. Benefício solicitado SELEÇÃO RENOVAÇÃO

2. Seleção ou Renovação pleiteada:

Auxílio Creche

Serviço Creche

3. Identificação da criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M F

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Informação para crianças do Berçário ou Grupo 1:

A criança já anda? _____ Desde que idade? _____

Renovação (crianças que já matriculadas em algum período na Creche UFBA) para o turno:

Matutino

Vespertino

Integral

Seleção de vaga nova (para crianças que ainda não estão matriculadas em nenhum dos turnos ou em apenas um dos turnos)

Matutino

Vespertino

Integral

3. Identificação da mãe da criança / Responsável pela criança

Nome: _____

Vínculo com a UFBA:

Estudante/Curso

Professor/Funcionário/Cargo

Não possui

Endereço Residencial: _____

_____ CEP: _____ Tel: _____

Endereço Comercial: _____

Profissão: _____ Horário de Trabalho: _____

Email: _____

4 Identificação do pai da criança / Responsável pela criança

Nome: _____

Vínculo com a UFBA:

Estudante/Curso _____

Professor/Funcionário/Cargo _____

Não possui

Endereço Residencial: _____

_____ CEP: _____ Tel: _____

Endereço Comercial: _____

Profissão: _____ Horário de Trabalho: _____

Email: _____

5. Dados familiares

Posição que a criança ocupa na composição familiar: _____

Número de irmãos: _____

Frequentou escola ou creche? Sim Não

Nome do Estabelecimento: _____

Tempo de permanência: _____

Motivo da Saída: _____

Tem irmão na creche? _____

Com quem reside a criança? _____

6. Informações complementares

Qual o motivo que levou você a se interessar pelo Serviço Creche UFBA? Não se aplica

Qual o motivo que levou você a renovar o Serviço Creche UFBA? Não se aplica

Qual o motivo que levou você a solicitar o benefício Auxílio Creche?

Não se aplica

Possui outros benefícios junto a PROAE? Quais?

7. Composição familiar:

NOME COMPLETO	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	TRABALHA?	TEM CARTEIRA DE TRABALHO E PREV. SOCIAL ASSINADA?	RENDA MENSAL	É PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	ESCOLARIDADE		
								É estudante?	Nível	Qual semestre/ ano?
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIO ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	
				()SIM ()NÃO	()SIM ()NÃO		()SIM ()NÃO QUAL?	()SIM ()NÃO	()NÃO ALFABETIZADO ()FUNDAMENTAL ()ENSINO MÉDIO ()ENSINO SUPERIOR ()OUTROS _____	

8. Termo de responsabilidade

Declaro que as informações por mim prestadas neste formulário são verdadeiras.

Salvador, ____ de _____ de 2018.

Assinatura dos pais/responsáveis:

8. Parecer da Coordenação dos Programas de Assistência ao Estudante – CPAE

Benefício concedido _____ Data: ____/____/____

Assistente Social concedente: _____