



DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
neste ato denominado Declarante, CPF nº. _____ Estado civil _____
_____, residente e domiciliado na _____,
bairro _____ cidade _____, declaro sob as penas da Lei ao
Colégio Madre Bárbara _____ que:

() Recebo pensão alimentícia no valor de R\$ _____ de (nome)
_____, portador do
CPF nº _____, para meu(s) filhos(as) que seguem
identificados abaixo:

_____, idade _____ anos,
_____, idade _____ anos,
_____, idade _____ anos,
_____, idade _____ anos,

() Não recebo pensão alimentícia

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Testemunhas:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

