FICHA DE FILIAÇÃO
Federação Nacional dos Estudantes

Ficha de Filiação / Ano Letivo: 20____

Preencha todos os campos do formulário, se possível anexe um comprovante de escolaridade.

Nome completo do Associado/Estudante: _____

_____

Nome do Responsável: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Celular: _____ Sexo: _____ Data de nasc.: Associado/Estudante: _____/_____/_____

E-mail: _____ CPF Associado/Estudante: _____

Nome Completo da Escola / Instituição: _____

_____ Série: _____ Turma: _____ Turno: _____

☐ Ensino Infantil ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Universitário/ Curso: _____

Dependentes* (Preencher somente, quando for aderir plano de saúde);

Dependente - Nome	Parentesco	Sexo	Data Nascimento

Data de Filiação: _____ / _____ / _____

Taxa de filiação: R$ 5,00 mensal

_____

Assinatura do Estudante ou Responsável.

Declaro para todos os fins a veracidade das informações fornecidas, ciente da responsabilidade civil e criminal
Autorizo a cobrança da Taxa de filiação diretamente no boleto do serviço de plano de saúde.

Contatos e Informações:

Email: fnedf01@gmail.com
Website: www.fnebrasil.com
Endereço SubSede: C 09 Lote 03 Sala 204 Edf. José Mendes II - Taguatinga DF Fone: 61 3352-0822