

## DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Declaro, sob responsabilidade e penas da lei, que eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,

***não recebo*** pensão alimentícia.

### Dados dos alunos

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Declarante

**Atenção:** Assinatura deverá ser reconhecida em cartório.