



# REQUERIMENTO DE MATRÍCULA REDE MÉDIAS DE EDUCAÇÃO



Unidade Educativa: ( ) ESCOLA NOSSA SENHORA APARECIDA – PRATA/MG  
( ) COLÉGIO SÃO JOÃO BATISTA – CAXIAS DO SUL/RS  
( ) COLEGIO NOSSA SENHORA DAS NEVES – IBAITI/PR

Como responsável pela matrícula do Aluno abaixo indicado, declaro aceitar as disposições expressas no Projeto Político Pedagógico – PPP, bem como as normas disciplinares, deste Estabelecimento de Ensino.

Assumo a responsabilidade pelo pagamento dos serviços escolares na forma e condições previstas no Contrato de Prestação de Serviços Educacionais e venho requerer sua matrícula.

Código	Nome
--------	------

Educação Infantil	Ensino Fundamental I	Ensino Fundamental II	Ensino Médio
( ) Maternal I ( ) Pré I	( ) 1º Ano ( ) 4º Ano	( ) 6º Ano ( ) 8º Ano	( ) 1ª Série
( ) Maternal II ( ) Pré II	( ) 2º Ano ( ) 5º Ano	( ) 7º Ano ( ) 9º Ano	( ) 2ª Série
( ) Maternal III	( ) 3º Ano		( ) 3ª Série
<b>Turno:</b> ( ) Matutino ( ) Vespertino		( ) Integral: ( ) 5x ( ) 3x ( ) 2x por semana	

## Dados do Educando

Data de Nascimento		Cidade		Estado	
Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino		Nacionalidade		CPF	
RG	Data de Emissão	Órgão Emissor		Estado	
Nº da Certidão de Nascimento		Data de Registro	Livro	Nº de Folhas	
Nº Certidão Nascimento (Novo Modelo)					
Cartório				Estado	
Endereço Residencial (Aluno)			Complemento		
Bairro	Cidade		CEP	Telefone Fixo	
Celular		E-mail			Pais Separados ( ) Sim ( ) Não
Religião		O aluno(a) reside com: ( ) pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros:			
Escola de origem			Cidade		Estado

**Filiação: Dados do Pai**

Nome Completo			Data Nascimento		Nacionalidade	
CPF	RG	Data de Emissão	Órgão Emissor		Estado	
Endereço				Complemento		
Bairro	Cidade		CEP		Estado	
Religião	Escolaridade		Profissão			
Empresa			Função			
Endereço Comercial			Telefone Comercial			
Telefone Residencial	Celular		Email			

**Filiação: Dados da Mãe**

Nome Completo			Data Nascimento		Nacionalidade	
CPF	RG	Data de Emissão	Órgão Emissor		Estado	
Endereço				Complemento		
Bairro	Cidade		CEP		Estado	
Religião	Escolaridade		Profissão			
Empresa			Função			
Endereço Comercial			Telefone Comercial			
Telefone Residencial	Celular		Email			

**Responsável Financeiro: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro (preencher os dados abaixo, caso não seja Pai ou Mãe)**

Nome Completo			Data Nasc.		Nacionalidade	
CPF	RG	Data de Emissão	Órgão Emissor		Estado	
Endereço				Complemento		
Bairro	Cidade		CEP		Estado	
Religião	Escolaridade		Profissão			
Empresa			Função			
Endereço Comercial			Telefone Comercial			
Telefone Residencial	Celular		Email			

## Orientações e Recomendações dos Pais/Responsáveis a Escola:

As informações abaixo são muito importantes para o melhor atendimento dos nossos Educandos(as). Portanto solicitamos que estas sejam as mais precisas possíveis. Lembramos que essas informações são de inteira responsabilidade dos pais e /ou responsáveis.

### ASPECTOS DE SAÚDE:

**A)** Como está a vacinação do Aluno(a)?.....

**B)** O Educando(a) apresenta:

1. Doença Congênita: ( ) NÃO ( ) SIM Qual:.....

2. Hipertensão: ( ) NÃO ( ) SIM

3. Hemofilia: ( ) NÃO ( ) SIM

4. Diabetes: ( ) NÃO ( ) SIM, faz uso de insulina? ( ) SIM ( ) NÃO

5. Asma: ( ) NÃO ( ) SIM

6. Epilepsia: ( ) NÃO ( ) SIM, está em tratamento? ( ) SIM ( ) NÃO

7. Alergia a picadas de insetos, a algum tipo de substância ou de medicamento tópico, oral ou injetável?  
( ) SIM ( ) NÃO Em caso afirmativo. Quais?.....

8. Intolerância Alimentar ( ) SIM ( ) NÃO Em caso afirmativo: Qual:.....

9. Está fazendo algum tipo de tratamento médico? ( ) NÃO ( ) SIM

Qual? .....

10. Passou por algum procedimento cirúrgico? .....

11. Faz uso de medicação específica(uso contínuo)? Especificar:.....

Nome do médico: ..... Telefone:.....

12. Precisa de algum cuidado especial decorrente de tratamento de saúde? Especificar:.....

**C)** O aluno é portador de necessidade especial? Especificar:.....

**D)** Faz acompanhamento com especialista: ( ) NÃO ( ) SIM Qual?.....

Possui laudo? ( ) NÃO ( ) SIM em caso afirmativo **ANEXAR CÓPIA**

**E)** Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

( ) Caxumba ( ) Sarampo ( ) Rubéola ( ) Catapora ( ) Escarlatina ( ) Coqueluche

( ) Outras Quais?.....

**F)** Outras informações que mereçam registro.....

### SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

**A)** A Escola não pode medicar. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo Educando(a), quem deverá ser avisado?

Nome:.....Parentesco:.....

Telefone:.....Celular:.....

Nome:.....Parentesco:.....

Telefone:.....Celular:.....

**B)** O Educando(a) possui plano de saúde? ( ) NÃO ( ) SIM Qual?.....

**C)** Em caso de necessidade, o Educando(a) deverá ser removido para o hospital/clinica.....

.....Telefone:.....  
Endereço:.....

**ATIVIDADES FÍSICAS**

**A)** O Educando(a) tem restrições para a prática de atividades físicas (Educação Física? ( )NÃO ( )SIM  
Possui laudo? ( ) NÃO ( ) SIM em caso afirmativo **ANEXAR CÓPIA**

**ASPECTO DE SEGURANÇA**

**A)** O Educando(a) está autorizado a deixar a escola, sozinho? ( )NÃO ( )SIM  
Em caso negativo, quem está autorizado a retirá-lo da Escola?  
Nome:.....Parentesco:.....  
RG:.....Telefone:.....Celular:.....  
Nome:.....Parentesco:.....  
RG:.....Telefone:.....Celular:.....  
**B)** O Educando(a) vem para a Escola de que forma?  
( ) A pé e sozinho ( )De ônibus e sozinho ( )Alguém vem trazê-lo ( )Transporte Escolar

**RESPONSÁVEL PEDAGÓGICO**

**A)** Quem é o Responsável Pedagógico do Educando(a) ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro  
Nome:.....Parentesco:.....  
Telefone:.....Celular:.....

**CONSIDERAÇÕES DA FAMÍLIA**

O espaço abaixo é reservado para observações que a família deseja fazer.


**Obs.:** Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicados por escrito à secretaria.

As informações contidas nesta ficha, são de inteira responsabilidade dos pais e/ou corresponsáveis.

....., ..... de ..... de .....

**DIRETORA**

RG: 8.894.642-1/PR  
CPF: 880.463.386-72

**SECRETÁRIA**

CPF: 547.260.859-72

**CONTRATANTE**

RG:  
CPF:

**CORRESPONSÁVEL**

CPF: