



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RQ _____ / 2017

Data ____ / ____ / ____

Página 1 de 4

Título: **REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**Unidade Educativa: **ACBNL - ESCOLA DE ENSINO MÉDIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

Como o responsável pela matrícula do aluno abaixo indicado, declaro aceitar as disposições expressas no Projeto Político Pedagógico Pastoral - PPPP, 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 a sua matrícula.

Código	Nome

Educação Infantil	Ensino Fundamental I	Ensino Fundamental II	Ensino Médio
<input type="checkbox"/> Maternal III <input type="checkbox"/> Nível I <input type="checkbox"/> Nível II	<input type="checkbox"/> 1º Ano <input type="checkbox"/> 4º Ano <input type="checkbox"/> 2º Ano <input type="checkbox"/> 5º Ano <input type="checkbox"/> 3º Ano	<input type="checkbox"/> 6º Ano <input type="checkbox"/> 8º Ano <input type="checkbox"/> 7º Ano <input type="checkbox"/> 9º Ano	<input type="checkbox"/> 1ª Série <input type="checkbox"/> 2ª Série <input type="checkbox"/> 3ª Série

Turno: Matutino Vespertino Diversificado 5x 3x 2x por semana

Dados do Educando

Data de Nascimento	Naturalidade	Estado	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Nacionalidade	CPF	
Carteira de Identidade	Data Emissão	Órgão Emissor	
Nº Certidão de Nascimento	Livro	Nº das Folhas	
Nº Certidão de Nascimento (Novo Modelo)			
Endereço Residencial(Aluno)			
Bairro	Cidade	CEP	Telefone Res.
Celular	E-mail	Pais Separados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Religião	O aluno(a) reside com: <input type="checkbox"/> pais <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> outros		
Escola de Origem	Cidade	Estado	
Informação para o Censo Escolar - Cor/Raça <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não Declarada			



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RQ _____ / 2017

Data ____ / ____ / ____

Página 2 de 4

Filiação: Dados do Pai

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

Filiação: Dados da Mãe

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

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

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



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RQ _____ / 2017

Data ____ / ____ / ____

Página 3 de 4

Orientações e recomendações dos Pais/Responsáveis ao Colégio:

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) Faz uso de alguma medicação específica?: () NÃO () SIM. Qual? _____

() alopática () homeopática

B) O educando(a) apresenta:

1. Doença congênita () NÃO () SIM . Qual? _____

2. Hipertensão: () NÃO () SIM

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

4. Hemofilia: () NÃO () SIM

5. Diabetes () NÃO () SIM , é dependente de insulina? () NÃO () SIM

6. Asma () NÃO () SIM

7. Alergia a algum tipo de substância ou de medicamento tópico, oral ou injetável?

() NÃO () SIM. Quais? _____

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

Quais? _____

Nome do médico(a): _____ Telefone: _____

C) Faz algum acompanhamento com especialista: () NÃO () SIM. Qual? _____

D) É portador de alguma necessidade especial?

1. Motora: () NÃO () SIM

2. Visual: () NÃO () SIM

3. Auditiva: () NÃO () SIM

4. Autismo: () NÃO () SIM

E) Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

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

() Outras. Quais? _____

F) 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: _____

G) O educando(a) possui algum plano de saúde: () NÃO () SIM. Qual? _____

H) Em caso de necessidade, o educando(a) deverá ser removido para o hospital/clínica

_____ Telefone: _____

Endereço: _____



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RQ _____ / 2017

Data ____ / ____ / ____

Página 4 de 4

Aspectos 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: _____ RG: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____ Parentesco: _____

B) O educando(a) vem para escola de que forma?

() A pé e sozinho () De ônibus e sozinho () Alguém vem trazê-lo () Transporte escolar

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, comunicadas à Secretaria.

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

SAPUCAIA DO SUL, _____ de _____ de 20____

Responsável

Responsável