



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RQ ____/09
Data __/__/__
Página 2 de 4

Filiação: Dados do Pai

Nome Completo				Data de Nascimento	
Nacionalidade		Estado Civil () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Outros			
CPF	Carteira de Identidade	Data Emissão	Órgão Emissor	Estado	
Religião		Escolaridade		Profissão	
Empresa			Função		
Endereço Comercial				Bairro	
Salário (R\$)	Mês de Referência	Outras Rendas (R\$)	Telefone Res.		
Celular	Telefone Com.	Email			

Filiação: Dados da Mãe

Nome Completo				Data de Nascimento	
Nacionalidade		Estado Civil () Solteira () Casada () Separada () Divorciada () Outros			
CPF	Carteira de Identidade	Data Emissão	Órgão Emissor	Estado	
Religião		Escolaridade		Profissão	
Empresa			Função		
Endereço Comercial				Bairro	
Salário (R\$)	Mês de Referência	Outras Rendas (R\$)	Telefone Res.		
Celular	Telefone Com.	Email			

Irmãos Estudantes

Nome		Idade
Escola		Ano
Nome		Idade
Escola		Ano
Nome		Idade
Escola		Ano

Endereço para Correspondência. (caso não seja o mesmo endereço acima descrito)

Endereço		Complemento	
Bairro	Cidade	CEP	

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) Utiliza medicação: () alopática () homeopática

B) O educando (a) apresenta:

1. Doença congênita: () NÃO () SIM Qual?
 2. Hipertensão: () NÃO () SIM
 3. Epilepsia: () NÃO () SIM, está em tratamento? () SIM () NÃO
 4. Hemofilia: () NÃO () SIM
 5. Diabetes: () NÃO () SIM, é dependente de insulina? () SIM () NÃO
 6. Asma: () NÃO () SIM
 7. Alergia a algum tipo de substância ou de medicamento tópico, oral ou injetável?
() SIM () NÃO Em caso afirmativo. Quais?
 8. Está fazendo algum tipo de tratamento médico? () NÃO () SIM
Qual?
 9. Faz uso de medicação específica? () NÃO () SIM Qual?
- Nome do médico (a): Telefone:

C) É portador de alguma necessidade especial?

1. Motora: () NÃO () SIM
2. Visual: () NÃO () SIM
3. Auditiva: () NÃO () SIM
4. Autismo: () NÃO () SIM

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

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?



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RQ ____/09
Data __/__/__
Página 4 de 4

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

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/RS, de de 20.....

Responsável

Responsável