



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Matrícula nº: _____	Turma: _____	Turno : _____	Data: _____ / _____ / _____
---------------------	--------------	---------------	-----------------------------

DADOS DO ALUNO

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ TEL RES: _____

E-MAIL ALUNO: _____ ÚLTIMA ESCOLA : _____

SEXO: () F () M DATA DE NASC.: _____ / _____ / _____ MUNICÍPIO NASC: _____

CONVÊNIO MÉDICO: _____ Nº: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____

MEDIC. PARA FEBRE: _____ INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE: _____

DADOS DOS PAIS

NOME DO PAI: _____ DATA NASC: _____ / _____ / _____

PROFISSÃO: _____ E-MAIL: _____


EMPRESA: _____ 

ENDEREÇO COML: _____

CPF: _____ RG: _____

NOME DA MÃE: _____ DATA NASC: _____ / _____ / _____

PROFISSÃO: _____ E-MAIL: _____

EMPRESA: _____ 

ENDEREÇO COML: _____

CPF: _____ RG: _____



PAI CEL: _____

MÃE CEL: _____

PAIS SEPARADOS: () SIM () NÃO

Guarda com: _____

AUTORIZADOS A RETIRAR A CRIANÇA DA ESCOLA :

NOME	GRAU DE PARENTESCO	TELEFONE

* ALUNOS NOVOS: Você conheceu nosso Colégio por: () out-door () revista Anchieta () site () outros: _____

() Nosso Colégio foi indicado por: _____