

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: _____

Todos os dados confididos nesta ficha são confidenciais. Somente a direção e os educadores responsáveis pela criança têm acesso aos mesmos. O objetivo desta ficha detalhada é conhecer seu filho ou filha para recebê-lo(a) da melhor maneira possível. Preencha com carinho e atenção.

1. Doenças que já teve:	catapora () meningite () hepatite () dengue () pneumonia () ALERGIAS: na pele () alimentar () bronquite () rinite () outra () _____
2. Tem alergia ou intolerância a algum medicamento/ alimento?	SIM () NÃO () Qual? _____
3. Toma alguma medicação de forma continuada e/ou controlada?	SIM () NÃO () Qual? _____ Para quê? _____
5. Tem alguma doença crônica (diabete, asma, ...)?	SIM () NÃO () Qual? _____
6. Tem alguma dificuldade de:	enxergar () falar () ouvir () andar () movimentar braços e pernas ()
7. Teve atraso no desenvolvimento?	SIM () NÃO () Qual? _____
8. Faz ou alguma vez fez acompanhamento desse problema?	SIM () NÃO () Em caso de resposta positiva, preencher com o NOME, ESPECIALIZAÇÃO E CONTATO do profissional o campo OUTRAS OBSERVAÇÕES .
9. É portadora de alguma deficiência física ou mental?	SIM () NÃO () Qual? _____ Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES .
10. Possui alguma necessidade educativa especial?	SIM () NÃO () Qual? _____ Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES .
11. Tem ou alguma vez teve qualquer acompanhamento profissional especializado além do pediatra (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo, ...)?	SIM () NÃO () Em caso de resposta positiva, preencher com o NOME, ESPECIALIZAÇÃO E CONTATO do profissional o campo OUTRAS OBSERVAÇÕES .
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	

Assinatura do responsável pelas informações: _____ () Pai () Mãe () _____