



Ficha de Matrícula

"Transformando sonhos em realidade"

Foto
3 x 4

DADOS DO(A) ALUNO(A):

Nº de Matrícula:	<input type="checkbox"/> Novato <input type="checkbox"/> Veterano	Sede: <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SD	Foi indicado:
Aluno(a):	<input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas @		
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: ____ anos ____ meses	<input type="checkbox"/> Filho único <input type="checkbox"/> Adotado <input type="checkbox"/> Tem irmãos: Idades:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	<input type="checkbox"/> Plano de saúde:	Hospital:
Pediatra:	Celular:	<input type="checkbox"/> Alergias:	<input type="checkbox"/> Alergias medicamentosas:
<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaios <input type="checkbox"/> Intolerância:	<input type="checkbox"/> Doença grave:	<input type="checkbox"/> Remédios controlados:	
Importante: lugar de remédio NÃO é na escola. Se realmente for preciso, só poderemos ministra-lo se vier acompanhado de receita médica e devidamente marcado na embalagem, acompanhado com um atestado médico da criança.			
Endereço:			CEP:
Em caso de urgência chamar:	Parentesco:	Celular:	

DADOS DOS RESPONSÁVEIS:

Pais <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Pai falecido <input type="checkbox"/> Mãe falecida	Outros:	Religião:
Pai: DN / /	Formação: <input type="checkbox"/> Ens. Médio <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Pós-graduado	
Email:	Celular: @	
Local de trabalho:	Cargo:	RG: CPF:
Mãe: DN / /	Formação: <input type="checkbox"/> Ens. Médio <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Pós-graduado	
Email:	Celular: @	
Local de trabalho:	Cargo:	RG: CPF:
Responsável Financeiro: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outros/Nome:		
Grau de parentesco: DN / /	Formação: <input type="checkbox"/> Ens. Médio <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Pós-graduado	
Email:	Celular: @	
Local de trabalho:	Cargo:	RG: CPF:

DADOS SOBRE A MATRÍCULA:

Turma:	Turno:	Esportes: <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Ballet <input type="checkbox"/> Jazz <input type="checkbox"/> Futsal <input type="checkbox"/> Karatê
--------	--------	--

PESSOAS AUTORIZADAS A PEGAR A CRIANÇA NA ESCOLA: Pai Mãe

Nome:	Parentesco:	Celular:	Ass. <input type="checkbox"/> Cancelado em /
Nome:	Parentesco:	Celular:	Ass. <input type="checkbox"/> Cancelado em /

SOBRE O(A) ALUNO(A):

Dorme: <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Com os pais <input type="checkbox"/> Com irmãos	Tem sono: <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Usa chupeta <input type="checkbox"/> chupa o dedo
Faz acompanhamento com profissional:	

O que você espera da Escola:

Fortaleza, de de 202 Ass. do Responsável:

ESPAÇO RESERVADO À ESCOLA - Documentos entregues:

<input type="checkbox"/> Cert Nascimento <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Dec/Relatório escola anterior <input type="checkbox"/> Ficha <input type="checkbox"/> Foto <input type="checkbox"/> Foto da família
Resp. financeiro: <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Comp. residência <input type="checkbox"/> Foto Co-responsável: <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Comp. residência <input type="checkbox"/> Foto
<input type="checkbox"/> Atestado médico <input type="checkbox"/> Cartão de vacinação <input type="checkbox"/> Cartão plano de saúde <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Aditivo Integral <input type="checkbox"/> Contrato esportes

Espaço reservado à Escola: