



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA DE Nº _____

Cursos Oferecidos:

Educação Infantil- Infantil I () Infantil II () Infantil III () Infantil IV () Infantil V ()

Ensino Fundamental – 1º ano() 2º ano() - Horário Integral Vip ()

Turnos - () Manhã () Tarde

FOTO
3X4

Declaro aceitar as disposições no Regimento e me responsabilizando pela autenticidade dos documentos e informações entregues no ato da matrícula.

NOME DO ALUNO: _____

CER.NASCIMENTO Nº: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ FONE RES. _____ CEL: _____

NOME DO PAI: _____

PROFISSÃO: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

EMPRESA EM QUETRABALHA: _____ FONE : _____

RG Nº: _____ CPF DO RESPONSÁVEL: _____

EMAIL _____

NOME DA MÃE: _____

PROFISSÃO: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

EMPRESA EM QUETRABALHA: _____ FONE : _____

RG Nº: _____ CPF DO RESPONSÁVEL: _____

EMAIL _____

OUTRO RESPONSÁVEL:

NOME: _____

PROFISSÃO: _____ FONE: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ EMPRESA EM QUE TRABALHA: _____

FONE COMERCIAL: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____

NOME DE OUTRO CONTATO: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ FONE: _____





INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO

FALTA ALGUMA VACINA? _____ QUAL? _____

TIPO DE PARTO: _____ ANESTESIA: _____

COMPLICAÇÕES: _____

JÁ TEVE CONVULSÃO? SIM () MOTIVO _____ () NÃO

JÁ HOUVE CASOS NA FAMÍLIA? SIM () MOTIVO: _____ () NÃO

NOME DO PEDIATRA: _____ FONE: _____

NOME DE HOSPITAL E/OU PLANO QUE TEM CONVÊNIO: _____

JÁ FOI OPERADO? _____ DE QUE? _____

TOMA REMÉDIO CONTROLADO? SIM () QUAL? _____ () NÃO

EM CASO DE FEBRE, INDIQUE TEMPERATURA, MEDICAMENTO E DOSAGEM:

INDIQUE PRIORIDADE DE PROVIDÊNCIAS A SEREM TOMADAS EM CASO DE ACIDENTE:

() LEVAR PARA O HOSPITAL DE CONVÊNIO

() COMUNICAR PAI / MÃE

() COMUNICAR A OUTRO RESPONSÁVEL

() APLICAR PRIMEIROS SOCORROS

() PROCURAR PEDIATRA

OBSERVAÇÕES:

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO A ALIMENTOS?

Piedade, _____ de _____ de _____.

Responsável pelo(a) aluno(a)

Escola Fazer Sonhar

