



FICHA DE MATRÍCULA

2020

Reservado nº secretaria

DADOS DO ALUNO		Mora com: () pai () mãe () Outro: _____	
Nome		Ex-aluno ()	
Telefones/Celular/Whatsapp		Canhoto ()	
Endereço		Nº	
Bairro	Cidade/UF	CEP	
Identidade nº	Órg.Emissor/UF	Dt.Expedição ___/___/___	
CPF nº	Passaporte	NIS	
E-Mail		Curso Integral () SIM () NÃO	
Colégio anterior		Opção L. Estrang. (E. Médio): () INGL / () ESP.	
Possui alguma limitação? () Visual () Física () Auditiva		Outras limitações:	
Possui algum problema respiratório? Especifique:			
Possui algum tipo de alergia? Especifique:			
Gr.Sang	Fator Rh	Outras informações médicas:	
Faz acompanhamento médico devido a algum tipo de transtorno ou necessidade especial? () S / () N			
Tipo de transtorno/necessidade:			
Tem alguma limitação para prática de Educação Física? (apresentar atestado médico) () S / () N			
Diabético: () S / () N	Faz uso de medicação controlada? Especifique:		
Já teve () Catapora () Sarampo () Variola () Outras (especifique)			
Plano de Saúde (anexar cópia do cartão):		Telefone:	
Médico:		Telefone:	
Em caso de doença ou acidente entrar em contato com:			
1)		Telefone:	
2)		Telefone:	
3)		Telefone:	
Tendo ou não plano de saúde, caso não seja possível o contato com as pessoas indicadas acima, o aluno deverá ser encaminhado para:			
1)		Telefone:	
2)		Telefone:	
O aluno está autorizado a deixar a Escola.			
() Somente acompanhado () Desacompanhado () Apenas para o transporte escolar			
Nome e RG das pessoas autorizadas a retirarem o aluno da Escola:			
1)		Parentesco:	RG:
2)		Parentesco:	RG:

DADOS DO PAI () mesmo endereço do(a) aluno(a)				Ex-Aluno ()	
CPF		Nome			
Identidade nº		Órg.Emissor/UF		Dt.Expedição ___/___/___	
Nasc.: ___/___/___		Natural de		UF	
Nacionalidade		Estado civil		Falecido: () SIM / () NÃO	
Telefones/Celular/Whatsapp					
E-Mail					
Endereço					
Nº	Bairro		Cidade/UF		CEP
Pai:			Mãe:		
Profissão			Função		
Empresa				Tel. empresa	
Endereço da Empresa					
Nº	Cidade/UF		CEP		
Observações:					

DADOS DA MÃE () mesmo endereço do(a) aluno(a)				Ex-Aluno ()	
CPF		Nome			
Identidade nº		Órg.Emissor/UF		Dt.Expedição ___/___/___	
Nasc.: ___/___/___		Natural de		UF	
Nacionalidade		Estado civil		Falecida: () SIM / () NÃO	
Telefones/Celular/Whatsapp					
E-Mail					
Endereço					
Nº	Bairro		Cidade/UF		CEP
Pai:			Mãe:		
Profissão			Função		
Empresa				Tel. empresa	
Endereço da Empresa					
Nº	Cidade/UF		CEP		

Indique quem será o responsável pedagógico e financeiro

RESPONSÁVEL PEDAGÓGICO (apenas um) () PAI () MÃE () OUTRO Parentesco_____

RESPONSÁVEL FINANCEIRO DO CONTRATO (apenas um) () PAI () MÃE () OUTRO Parentesco_____

Em caso de o responsável não ser pai/mãe, solicite instruções adicionais.

Data de vencimento: (05) / (15) / (25)

Declaro(amos) que as informações prestadas são verdadeiras e venho (vimos) através deste requerer matrícula para o(a) aluno(a) supracitado(a), declarando estar(mos) de acordo com as disposições do Regimento Escolar do Estabelecimento e demais normas complementares. Ilhéus, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal Responsável financeiro

Uso interno
Realizada por:
Deferido por: