

FICHA DE MATRÍCULA 2019 – EDUCAÇÃO INFANTIL

Dados do candidato				
Nome			Data de nascimento: / /	
Escola de origem:		Motivo da transferência:		
Assinale as opções de intenção de matrícula				
<input type="checkbox"/> Berçário II (1 ano e 5 meses)	<input type="checkbox"/> Maternal I (2 anos)	<input type="checkbox"/> Maternal II (3 anos)	<input type="checkbox"/> Pré I (4 anos)	<input type="checkbox"/> Pré II (5 anos)
*De acordo com a Deliberação do Conselho Estadual de Educação nº73/2008, consideramos o ingresso nas turmas do aluno com a idade completa ou a completar até 31 de março de 2018.				
Período Escolar				
a) <input type="checkbox"/> Horário regular – MANHÃ OU TARDE - Colação ou Lanche			Horário pretendido: Entrada às ____h Saída às ____h	
b) <input type="checkbox"/> Período 06h – Colação + Almoço ou Lanche + Jantar				
c) <input type="checkbox"/> Período 08h – Colação + Almoço + Lanche + banho ou Almoço + Lanche + Jantar + banho				
d) <input type="checkbox"/> Período 10h – Colação + Almoço + Lanche + Jantar + Banho				
Alimentação - Possui restrição alimentar: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____				
*Caso, o aluno possua restrição alimentar, se faz necessário apresentação do Laudo Médico.				
Possui alguma necessidade educativa especial? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____				
Faz algum acompanhamento com? <input type="checkbox"/> Fonoaudióloga <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Psicomotricista <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Psicopedagogo Outros: _____				
*Caso, o aluno possua necessidades especiais, se faz necessário apresentação do Laudo Médico				
O aluno reside com: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai e Mãe <input type="checkbox"/> Outro: _____				
Dados cadastrais dos responsáveis				
1 - Nome mãe: _____			CPF: _____	
RG:	Telefones:Res.	Cel.	Trab.	
Estado Civil:	Escolaridade:	Religião:		
Profissão:	Empresa que trabalha:			
E-mail:				
Endereço Residencial:				
Bairro:	CEP:			
2 - Nome pai: _____			CPF: _____	
RG:	Telefones:Res.	Cel.	Trab.	
Estado Civil:	Escolaridade:	Religião:		
Profissão:	Empresa que trabalha:			
E-mail:				
Endereço Residencial:				
Bairro:	CEP:			
Responsável financeiro: _____				
Nome:	Parentesco:			
Estado civil:	CPF:	RG:		
Profissão:	Empresa que trabalha:			
Celular:	Tel.Res.:	E-mail:		
Endereço Residencial:				
Bairro:	Cep:			

Deste modo, declaro a veracidade das informações fornecidas neste formulário.

Nome do responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____


Mãe Pai Responsável Legal

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Fale conosco:

www.colegiosantamadreteresa.com.br

 @colegiosantamadreteresa

 colegio_santa_madre_teresa

Tels.: 3518-8690 / 35188716