

Preenchimento pela Escola: 70386-EEB PROF JOSE ARANTES - Fone: 33986223

Turma:

Matrícula:

Identificação Única:

Documentos Entregues no Ato da Matrícula:

☐ Comprovante de residência atualizado até 3 meses antes da matrícula

☐ Certidão de Nascimento do estudante

☐ Carteira de Identidade do estudante

☐ Fotocópia do CPF dos pais e/ou responsável

☐ Foto 3x4 (opcional)

☐ CPF do estudante

☐ Atestado de frequência com a indicação de ano/etapa ou Histórico Escolar

Dados do Estudante

Inscrição: 461420

Nome Completo: JENNIFER AMBROISE

Data de Nascimento: 27/06/2007

Sexo: ☐ Masculino: ☒ Feminino

Naturalidade: CAMBORIÚ-SC

Nacionalidade: Brasileiro(a) ☐ Brasileiro nascido no exterior

Raça: ☐ Branca ☒ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela

Etnia: ☐ Atikum ☐ Guarani ☐ Kaingang ☐ Xetá ☐ Xokleng (somente para raça Indígena)

Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Marital ☐ Separado Judicialmente ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Cônjuge:

Email:

Endereço Logradouro: JESUÍNO ANASTÁCIO PEREIRA

Número: 270

Complemento: DE 621 ATÉ 963 (AMBOS OS LADOS)

Bairro: SANTA REGINA

Ponto de Referência

TRATAMENTO DE ESGOTO

Localização Diferenciada

Município: CAMBORIÚ

Estado: SC

País: BRA

CEP: 88345572

☐ Zona Rural ☒ Zona Urbana

Tipo de moradia: ☒ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida

Distância da Escola (em quilômetros):

Necessita de transporte escolar? Não

Obs.: Caso o município da escola seja diferente do município de moradia o estudante não terá direito ao transporte escolar.

Unidade consumidora Celesc:

Fone residencial:

Celular:

Filiações/Responsável legal/Outro contato

Filiação 1 (Preferencialmente Mãe) MARIE NAHOMIE JACQUES AMBROISE

☒ Mãe ☐ Pai

Data nascimento: / /

CPF:

Email:

Falecido(a): ☐

Fone residencial:

Fone trabalho: -

Celular:

Filiação 2: CLORISMA AMBROISE

☐ Mãe ☒ Pai

Data nascimento: 14/04/1963

CPF: 013.019.809-94

Email: ambroiseleeandy@gmail.com

Falecido(a): ☐

Fone residencial:

Fone trabalho: -

Celular: 47 996939716

Responsável legal (se não for o pai ou a mãe) :

Data de nascimento:

CPF: . . -

Email:

Fone residencial:

Fone trabalho: -

Celular:

Nome Parente ou conhecido para contato:

Fone da pessoa para contato: -

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

Município:

Estado:

CEP:

Fone residencial:

Fone trabalho:

Celular:

Documentos do Estudante			
CPF: 014.054.919-65	RG:	Orgão emissor:	Data da expedição: / /
Certidão Civil:	Livro: 0	Folha: 0	Data expedição: / /
Número de Identificação Social (NIS/NIT):		Cartão Nacional de Saúde (CNS): 0	
Documento estrangeiro Nº : G245709-M		País:	
Saúde			
Tipo Sanguíneo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		Fator RH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
Medicação de uso contínuo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Restrições/Intolerâncias/Alergias (Necessário apresentar laudo médico)			
<input type="checkbox"/> Intolerância a lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergia a picadas de insetos
<input type="checkbox"/> Alergia respiratória/Rinite	<input type="checkbox"/> Alergia a poeira	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Alergia a chocolate
<input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Alergia a ovos	<input type="checkbox"/> Alergia a pelos de animais
<div></div>			
Medicamento(s) que faz uso:			
Pentence ao grupo de risco da COVID-19: Não			
1º Grupo de Risco:			
2º Grupo de Risco:			
2º Grupo de Risco:			
Educação Especial (Necessário apresentar laudo médico)			
Público alvo da educação especial? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Necessidades Especiais			
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> SurdoCegueira	<input type="checkbox"/> Cegueira
<input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade-T.D.A.H.			
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental	<input type="checkbox"/> Surdez	<input type="checkbox"/> Baixa visão	<input type="checkbox"/> Autismo
Altas Habilidades/Superdotação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Faz uso de:	<input type="checkbox"/> Fraldas	<input type="checkbox"/> Sonda	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas
<input type="checkbox"/> Óculos	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Lupa	<input type="checkbox"/> Aparelho auditivo
Outras não especificadas:		<input type="checkbox"/> Aparelho FM	<input type="checkbox"/> Implante Coclear
Dispensado de Educação Física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Beneficiário BPC?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Beneficiário Bolsa Família?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Possui Computador?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Possui acesso à Internet?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Autoriza o uso de imagem?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Turno de Preferência:			
Renda Familiar Bruta: 4.200,00	Número de pessoas no grupo familiar: 6		
SOMENTE PARA ALUNOS DO 6º AO 9º ANO			
O estudante frequentará as aulas de Ensino Religioso? (Lei nº 9.394/96) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
SOMENTE PARA ALUNOS DO 6º AO 9º ANO E ENSINO MÉDIO			
Qual a preferência para Língua Estrangeira? (Lei nº 11.161/2005) <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Alemão <input type="checkbox"/> Italiano			
SOMENTE PARA ALUNOS DO ENSINO MÉDIO			
Opção pelas Disciplinas do Ensino Médio:			
Funcionário responsável pela matrícula: _____			
Assinatura do pai, da mãe ou do responsável: _____			