



# APAE DE FOZ DO IGUAÇU

## ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

Fundada em 13/10/1977 – CNPJ: 77.413.649/0001-69  
Endereço: sede- Avenida Paraná, 1536 – Jardim Pólo Centro – CEP: 85.863-720  
Endereço: sub-sede - Rua Avari, 107 – Jardim Itamarati – CEP: 85.863-020  
Fones/Fax: (45) 3573-6229, 3573-1617 e 3522-2526  
Foz do Iguaçu – Paraná E-mail: fozmijones@apaeed.pr.gov.br

MATRÍCULA Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
DATA DA MATRÍCULA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Eu \_\_\_\_\_  
responsável pelo aluno(a) \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, neste  
município de Foz do Iguaçu, venho através do presente efetivar a matrícula do(a)  
mesmo(a).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

### Confirmação de Matrícula

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Foz do Iguaçu - APAE

2015: \_\_\_\_\_  
2016: \_\_\_\_\_  
2017: \_\_\_\_\_  
2018: \_\_\_\_\_  
2019: \_\_\_\_\_  
2020: \_\_\_\_\_

Data de Desligamento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Motivo: \_\_\_\_\_

Deseja ser sócio – contribuinte da APAE? \_\_\_\_\_ ( ) Mensal ( ) Semestral ( ) Anual

Com Contribuição espontânea de quanto? \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_



# APAE DE FOZ DO IGUAÇU

## ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

Fundada em 13/10/1977 - CNPJ: 77.413.649/0001-69  
Endereço: sede - Avenida Paraná, 1536 - Jardim Pólo Centro - CEP: 85.863-720  
Endereço: sub-sede - Rua Avai, 107 - Jardim Itamarati - CEP: 85.863-020  
Fones/Fax: (45) 3573-6229, 3573-1617 e 3522-2526  
Foz do Iguaçu - Paraná E-mail: fozdoiguacu@apaebrasil.org.br

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Aluno(a): \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Irmandade: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Professor(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Remanejamentos: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias ou Dietas Especiais: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_