



FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula N°:

Data de Início:

DADOS DO ALUNO

CPF: _____

FOTO
3X4

Aluno(a): _____

Data de Nascimento:

____/____/____

Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Grupo Sanguíneo/Rh:

☐ +
☐ -

Raça/Cor (item solicitado pela Portaria INEP/MEC N° 156 de 20 de outubro de 2004):

☐ Amarela ☐ Branca ☐ Indígena ☐ Preta ☐ Parda

Religião:

☐ Sim ☐ Não
Qual? _____

Endereço Residencial: _____ N°: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel (Res.): _____

FILIAÇÃO

Nome: _____ Nasc.: ____/____/____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CPF: _____

Tel. Celular: _____ Formação Acadêmica: _____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Cargo: _____

Tel. Comercial: _____ Horário: _____ E-mail: _____

Nome: _____ Nasc.: ____/____/____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CPF: _____

Tel. Celular: _____ Formação Acadêmica: _____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Cargo: _____

Tel. Comercial: _____ Horário: _____ E-mail: _____

RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Nome: _____ Nasc.: ____/____/____

Tel. Celular: _____ CPF: _____ RG: _____ Órgão: _____ UF: _____

ESCOLARIDADE

Horário de permanência na Casa de Criança:

Das _____ às _____ hs

Turma: _____

Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Integral

Refeições a serem fornecidas pela Casa de Criança:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Lanche manhã | <input type="radio"/> Lanche manhã, almoço, lanche tarde e jantar |
| <input type="radio"/> Lanche manhã e almoço | <input type="radio"/> Lanche tarde |
| <input type="radio"/> Lanche manhã, almoço e lanche tarde | <input type="radio"/> Lanche tarde e jantar |

ALERGIAS

A criança apresenta alergia e/ou intolerância alimentar?

☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Quais as restrições alimentares?

Outras alergias: _____

Alergias a medicamentos:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Dipirona/Novalgina/Magnopiról | <input type="radio"/> Penicilina | <input type="radio"/> Corticóide |
| <input type="radio"/> Paracetamol/Tylenol | <input type="radio"/> Merthiolate | <input type="radio"/> AAS/Melhoral/Aspirina |
| <input type="radio"/> Sulfa | <input type="radio"/> Outras: _____ | |

MEDICAMENTOS

Medicamento utilizado para febre:

Remédio: _____

Dosagem atual: _____

Observações: _____

Autorização:

Eu, _____, responsável pelo(a) aluno(a) _____

_____ autorizo à escola dar a medicação, _____ ao meu

filho, em caso de febre e me responsabilizo por informar a escola qualquer contraindicação.

Fortaleza, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Responsável

URGÊNCIA

Pessoas a serem contactadas em caso de urgência:

Nome: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Parentesco: _____

Telefone: _____

Telefone: _____

Hospital Conveniado: _____

Pediatra da Criança:

Nome: _____

Telefone: _____

AUTORIZAÇÕES

Pessoas autorizadas a buscar a criança na escola *(além dos pais)*:

Nome: _____

Parentesco: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Responsável