



# CRECHE ESTRELA DO ORIENTE

## FICHA DE MATRÍCULA

### CRECHE I -



1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA			
NOME:		IDENTIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SEXO:	GÊMEOS:	CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
COR/RAÇA:	TEM IRMÃOS NA CRECHE?	UNIDADE DE SAÚDE	
PROBLEMAS DE SAÚDE?	RESTRIÇÃO ALIMENTAR:	ALERGIA:	MOBILIDADE REDUZIDA:
	Qual?	Qual?	<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE
POSSUI DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS?		CRIANÇA PÚBLICO ALVO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL?	
Qual?		Qual?	
CLASSIFICAÇÃO: [       ]			
<input type="checkbox"/> - Altas Habilidades (superdotação)	<input type="checkbox"/> - Deficiência Física (cadeirante) - permanente	<input type="checkbox"/> - Sensorial Alta (sensibilidade)	<input type="checkbox"/> - Estrabismo
<input type="checkbox"/> - Cegueira	<input type="checkbox"/> - Deficiência Física (paralisia cerebral)	<input type="checkbox"/> - Sensorial Baixa (sensibilidade)	<input type="checkbox"/> - Surdo
<input type="checkbox"/> - Deficiência Auditiva (surdez leve ou moderada)	<input type="checkbox"/> - Deficiência Física (paraplegia ou monoplegia)	<input type="checkbox"/> - Deficiência mental	<input type="checkbox"/> - Síndrome de Down
<input type="checkbox"/> - Deficiência Auditiva (surdez severa ou profunda)	<input type="checkbox"/> - Deficiência Física (outros)	<input type="checkbox"/> - Espectro Autista Nível I	<input type="checkbox"/> - TEA
<input type="checkbox"/> - Deficiência Auditiva (processamento central)	<input type="checkbox"/> - Disfemia (gagueira)	<input type="checkbox"/> - Espectro Autista Nível II	<input type="checkbox"/> - TDAH
<input type="checkbox"/> - Deficiência Visual (baixa visão)	<input type="checkbox"/> - Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> - Espectro Autista Nível III	<input type="checkbox"/> - TOD
O RESPONSÁVEL É BENEFICIÁRIO DE AUXÍLIO DO GOVERNO? Qual Auxílio?			Nº DO NIS:
2 - FILIAÇÃO/ RESPONSÁVEIS			
NOME DA <b>MÃE</b> :		NOME DO <b>PAI</b> :	
CPF:	RG:	CPF:	RG:
CELULAR/WHATSAPP:		CELULAR/WHATSAPP:	
OUTRO CONTATO:		OUTRO CONTATO:	
LOCAL DE TRABALHO:		LOCAL DE TRABALHO:	
NOME DO(A) <b>RESPONSÁVEL</b> :		LOCAL DE TRABALHO:	
CPF:	RG:	CELULAR/WHATSAPP:	
3 - ENDEREÇO DA CRIANÇA			
ENDEREÇO:			NÚMERO:
PONTO DE REFERÊNCIA:			CEP:
BAIRRO:			UF:
MUNICÍPIO:			
TELEFONE RESIDENCIAL:		TELEFONE P/CONTATO:	
4 - DOCUMENTOS DA CRIANÇA			
CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nr Matricula:			
MUNICÍPIO DO NASCIMENTO:		MUNICÍPIO DO REGISTRO:	
CARTÓRIO DE REGISTRO:		CPF:	
		RG:	
		DATA DE EMISSÃO:	
		ÓRGÃO EMISSOR:	
5 - SITUAÇÃO HABITACIONAL E SANITÁRIA:			
<input type="checkbox"/> CASA PRÓPRIA	Nº DE CÔMODOS: ____	TIPO DE MORADIA:	SANEAMENTO:
<input type="checkbox"/> CASA CEDIDA			
<input type="checkbox"/> CASA ALUGADA			
VALOR DO ALUGUEL:	<input type="checkbox"/> PISO DE CIMENTO	<input type="checkbox"/> TIJOLO	FOSSA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
R\$ _____	<input type="checkbox"/> PISO DE LAJOTA	<input type="checkbox"/> TAIPA	CIFON: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> PISO DE CHÃO BATIDO	<input type="checkbox"/> MADEIRA	ENERGIA ELÉTRICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> COBERTURA DE TELHA	ÁGUA ENCANADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> COBERTURA DE ZINCO	
		<input type="checkbox"/> COBERTURA DE PALHA	
6 - NO SEU DOMICÍLIO TEM:			
TV: <input type="checkbox"/>	TELEFONE FIXO: <input type="checkbox"/>	FOGÃO: <input type="checkbox"/>	AR CONDICIONADO: <input type="checkbox"/>
DVD: <input type="checkbox"/>	TELEFONE CELULAR: <input type="checkbox"/>	GELADEIRA: <input type="checkbox"/>	BICICLETA: <input type="checkbox"/>
RÁDIO: <input type="checkbox"/>	TABLET: <input type="checkbox"/>	FREEZER: <input type="checkbox"/>	MOTO: <input type="checkbox"/>
COMPUTADOR: <input type="checkbox"/>	INTERNET: <input type="checkbox"/>	MICRO ONDAS: <input type="checkbox"/>	AUTOMÓVEL: <input type="checkbox"/>
NOTEBOOK: <input type="checkbox"/>	TV ASSINATURA: <input type="checkbox"/>	MÁQUINA DE LAVAR ROUPA: <input type="checkbox"/>	

7- COMPOSIÇÃO FAMILIAR:						
Nº	Nome de todos os componentes da família (todos os que moram na casa) <i>inclusive o nome do aluno</i>	Idade	P a r e n t e s c o	Situação escolar ( <i>até que séries estudou ou estuda</i> )	Situação de emprego ( <i>o que faz</i> )	Salários / Aposentadorias / Pensões e Outros Valor Bruto R\$
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
TOTAL GERAL						R\$
RENDA FAMILIAR TOTAL: _____				RENDA PER CAPTA: _____		
8 - SÉRIE QUE IRÁ CURSAR:			ANO:			
9 - PESSOAS AUTORIZADAS A RETIRAR A CRIANÇA DA ESCOLA						
NOME:			PARENTESCO:	RG:	FONE:	
NOME:			PARENTESCO:	RG:	FONE:	
10 - DECLARAÇÃO						
DECLARO QUE, NA PRESENTE DATA, RECEBI AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES: 1- Obrigatoriedade de manter atualizado: endereço residencial, telefones para contato, identificação das pessoas autorizadas a retirar a criança; 2- Obrigatoriedade da frequência mínima de 60% dos dias letivos para as crianças com 4 (quatro) anos completos; 3- Necessidade de justificar presencialmente as faltas da criança, a partir de 5 (cinco) dias de ausência consecutivas; e 4- Do cancelamento da matrícula decorrido 20 (vinte) dias de ausência consecutivas sem justificativa pertinente, são consideradas faltas justificadas apenas as listadas no sistema informatizado SME.						
DATA DA MATRÍCULA:  / /		_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			_____ VISTO DA CRECHE	
DATA DO DESLIGAMENTO:  / /		_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			_____ VISTO DA CRECHE	

