



FOTO

FICHA DE MATRÍCULA (2025)

Nome do Aluno (a):			
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:	Tipo Sanguíneo:
Série:	Período: ()matutino ()vespertino		
Doenças Crônicas: Bronquite () Hipertensão () Asma () Diabetes ()			
Outros:			
Necessidades Especiais: Física () Visual () Auditiva () Verbal ()			
Outros:			
Plano de Saúde: Sim () Não ()			
Em caso de Emergência Comunica:			
Telefone para contato Emergencial:			
Dados Familiares			
Nome do Pai:			
CPF:	RG:		
Telefone:	Profissão:		
E-mail:			
Endereço: Rua:	Nº	Q.	
Complemento:	Bairro:		
Nome da Mâe			
CPF:	RG:		
Telefone:	Profissão:		
E-mail:			
Endereço: Rua	Nº	Q.	
Complemento :	Bairro:		
Dados do responsável financeiro			
Nome:			
CPF:	Cel.		
End:	Bairro:		
Responsáveis pela retirada da criança na escola:			
1-	Cel:		
2-	Cel:		
3-	Cel:		
4-	Cel:		
5-	Cel:		
6-	Cel:		

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL