



FICHA DE MATRÍCULA (2025)

Nome do Aluno (a):			
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:	Tipo Sanguíneo:
Serie:	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 Mãe			
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