

**CENTRO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL  
EM SAÚDE E GESTÃO-GUANAMBI/BA**  
Formando cidadãos para o mundo do trabalho!

**FICHA DO ALUNO(A)**

**CURSO: TÉCNICO EM**



**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Série: ° ano Turma:  
Turno: Modalidade:  
Cidade de Nascimento:  
Data de nascimento: / /  
RG: Órgão:  
Data de expedição:  
CPF:  
Nº de matrícula:

Pai:  
Mãe:  
Responsável pela matrícula:

**ENDEREÇO:**

Rua: nº  
Bairro: Cidade: - BA CEP:  
Fone:

**ATIVIDADE EXTRA-ESCOLA:**

Autônomo/ Empregado: Empresa:  
Carga horária: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
Rua/ Av./ Pça: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:**

---

---

---

Guanambi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno