



## FICHA DE MATRÍCULA

### DADOS DO ALUNO

Nome do aluno(a): \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
Natural de: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Outro Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ Gr. Sanguíneo (RH): \_\_\_\_\_  
Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Não Declarada

### DADOS DO PAI

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Tel. Trab.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Outro Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
End. Res.: ( ) Mesmo do aluno Outro: \_\_\_\_\_  
Correio Eletrônico: \_\_\_\_\_

### DADOS DA MÃE

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Tel. Trab.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Outro Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
End. Res.: ( ) Mesmo do aluno Outro: \_\_\_\_\_  
Correio Eletrônico: \_\_\_\_\_

### DADOS DO RESPONSÁVEL (caso não seja os pais)

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Tel. Trab.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Outro Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
End. Res.: ( ) Mesmo do aluno Outro: \_\_\_\_\_  
Correio Eletrônico: \_\_\_\_\_

### PESSOAS AUTORIZADAS A BUSCAR NA ESCOLA

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Transporte Escolar

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

### EM CASO DE EMERGÊNCIA

Ligar para: ( ) Pai ( ) Mãe

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Levar o aluno ao hospital? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
Possui Plano de Saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

Em caso de Febre: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Atendimento especial (restrição alimentar, remédio controlado, alergia, etc)? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Responsável