



Foto  
do  
Aluno

Parte integrante do Contrato de Prestação de Serviços  
Educacionais Cláusula 4ª.

Nº de Matrícula

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

Venho requerer a matrícula de meu (a) filho (a), adiante qualificado, para o ano letivo de 2012, ao:

( ) MINI MATERNAL ( ) MATERNAL I ( ) MATERNAL II ( ) JARDIM I ( ) JARDIM II

No período da ( ) MANHÃ ( ) TARDE ( ) INTEGRAL ( ) INTERMEDIÁRIO \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Cidade de Nascimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Recados: \_\_\_\_\_ Falar com: \_\_\_\_\_

Nome do representante legal 1: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Empresa em que trabalha: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail res.: \_\_\_\_\_

E-mail com.: \_\_\_\_\_

Nome do representante legal 2: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Empresa em que trabalha: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail res.: \_\_\_\_\_

E-mail com.: \_\_\_\_\_

A criança utilizará transporte escolar? ( ) Sim ( ) Não

Nome e telefone do transportador \_\_\_\_\_

A criança irá trazer lanche de casa ou tomar da escola? ( ) Casa ( ) Escola

Declarando estar de acordo com as normas estabelecidas no regimento escolar e Contrato Educacional do  
ano de 2012. Nestes termos, peço deferimento, Osasco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do representante legal.

## INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO – (preenchimento obrigatório)

1. Rejeita algum tipo de alimento? ( ) Sim ( ) Não, Qual? \_\_\_\_\_
2. O aluno possui algum tipo de alergia? Medicamento / alimento.  
Quais? \_\_\_\_\_
3. Nome do médico do aluno: \_\_\_\_\_ Telefone p/ contato: \_\_\_\_\_
4. Caso o aluno esteja com febre, qual medicação antitérmica a escola está autorizada a dar?  
1ª \_\_\_\_\_ 2ª \_\_\_\_\_ Dosagem (1 gota por kilo)
5. A criança tem doença hereditária? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_
6. Tem hipertensão? Sim ( ) Não ( )      6. Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_
7. A criança já teve:  
( ) CAXUMBA      ( ) SARAMPO      ( ) RUBÉOLA      ( ) CATAPORA  
( ) ESCARLATINA      ( ) COQUELUCHE      ( ) OUTRA
8. È epilético? Sim ( ) Não ( )
9. È hemofílico? Sim ( ) Não ( )
10. È deficiente auditivo? Sim ( ) Não ( )
11. È deficiente visual? Sim ( ) Não ( )
12. È deficiente físico? Sim ( ) Não ( )
13. É diabético? Sim ( ) Não ( ) Em caso de afirmativo, é dependente de insulina? Sim ( ) Não ( )
14. É asmático? Sim ( ) Não ( )
15. É portador de doença genética (síndrome)? Sim ( ) Não ( )
16. Está fazendo algum tipo de tratamento médico? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_
17. Está ingerindo medicação específica? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_ Por qual motivo? \_\_\_\_\_
18. Já teve alguma internação? Sim ( ) Não ( )  
Por qual motivo? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
19. Já passou intervenção cirúrgica? Sim ( ) Não ( )  
Por qual motivo? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
20. A criança teve ou ainda tem convulsão? Sim ( ) Não ( )  
Qual o procedimento para controle? \_\_\_\_\_
21. Sofre de algum problema do coração? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
Está em tratamento? Sim ( ) Não ( )      Já esteve internado por este motivo? Sim ( ) Não ( )
22. Faz controle neurológico, psicológico ou fonoaudiológico? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
**Em caso de sim, por favor, enviar um relatório do especialista.**

23. Existe algum problema de saúde que impossibilite a participação nas aulas de Educação Física e Ballet?

Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

24. Em caso de Emergência, não sendo localizado os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado?

Nome	Parentesco	Telefone

25. O aluno possui algum plano de saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

26. No caso de alguma ocorrência urgente, na qual necessitarmos levar seu filho a um hospital, qual o mais próximo da escola (ref. ao seu convênio médico/caso tenha)?

**Nome do hospital:** \_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_

A carteira do convênio e o comprovante de pagamento devem estar na agenda da criança.

Em caso de acidente na escola os pais serão comunicados e a criança será levada para o local acima determinado.

Casos estes documentos não estejam na escola ou caso a criança não tenha convênio, os pais serão comunicados e a criança levada o pronto socorro mais próximo da escola.

27. Quais as pessoas autorizadas a retirar seu (a) filho (a) da escola?

Nome Completo	Parentesco	RG

Na necessidade de outra pessoa, avisar com antecedência e orienta-la para estar com o documento de Identificação.

### **Dados para o boleto bancário da mensalidade escolar de 2012**

Nome completo do responsável financeiro: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Vencimento: ( ) 10 ( ) 15 ( ) 20

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

*As informações contidas nestas fichas têm caráter sigiloso, sendo de inteira responsabilidade do representante legal que a prestar, eximindo a escola de qualquer responsabilidade pela falta e/ou omissão de qualquer informação que possa comprometer um atendimento adequado.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal

## **A vida escolar**

Freqüentou outra escola antes? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ Em que ano? \_\_\_\_\_

Qual o motivo da saída? \_\_\_\_\_

Quais os motivos que o levaram a matricular o seu filho em nossa escola?

Quais as mudanças que você espera em relação ao comportamento de seu filho após a entrada na escola e convivência com outras crianças da mesma faixa etária?

Qual sua opinião em caso de encaminhamento de seu (a) filho (a) em especialistas, tais como: psicólogo, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista?

## **Relacionamento com os pais**

Com quem mora o (a) aluno (a)? Pai ( ) Mãe ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Os pais são separados? Sim ( ) Não ( ). Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

No caso de pais separados, com quem esta a guarda da criança? Pai ( ) Mãe ( ) Outro ( ) \_\_\_\_\_

Em caso de pais separados, a criança tem contato freqüente com os pais? Sim ( ) Não ( )

A mãe sai de casa para trabalhar? Sim ( ) Não ( ) Em que horário? \_\_\_\_\_

Sai para estudar? Sim ( ) Não ( ) Em que horário? \_\_\_\_\_

Em que horário a mãe fica em casa? \_\_\_\_\_ E o pai? \_\_\_\_\_

No período em que os pais trabalham, o aluno fica sob a guarda de quem? \_\_\_\_\_

## **A vida pessoal**

Tem sono calmo? Sim ( ) Não ( )

Dorme em cama separada? Sim ( ) Não ( )

Dorme, em média, quantas horas por dia? \_\_\_\_\_

Pede muita ajuda aos adultos? Sim ( ) Não ( )

Apresenta dificuldades em falar? Sim ( ) Não ( )

Apresenta dificuldades motoras? Sim ( ) Não ( )

Tem controle urinário durante o dia? Sim ( ) Não ( )

E a noite? Sim ( ) Não ( )

Veste sozinho? Sim ( ) Não ( )

Toma banho sozinho? Sim ( ) Não ( )

Chupa dedo? Sim ( ) Não ( )

Rói unhas? Sim ( ) Não ( )

Chupa chupeta? Sim ( ) Não ( )

\_\_\_\_\_  
Visto da Coordenação

\_\_\_\_\_  
Ass. Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Visto da Professora.