



Nº de Matrícula

Parte integrante do Contrato de Prestação de Serviços Educacionais

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Venho requerer a matrícula de meu (a) filho (a), adiante qualificado, para o ano letivo de 2022, ao:

() Grupo I () Grupo II () Grupo III () Grupo IV () Grupo V

No período da () MANHÃ () TARDE () INTEGRAL () INTERMEDIÁRIO - Horário _____ às _____.

Nome do Aluno: _____

Cidade de Nascimento: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

Endereço: _____ **nº:** _____

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 de transportador _____

Declarando estar de acordo com as normas estabelecidas no regimento escolar e Contrato Educacional do ano de 2022. Nestes termos, peço deferimento,

Osasco, _____ de _____ de 20____.

Adaptação: ____/____/____

Horário: _____

Assinatura do representante legal

INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO – (preenchimento obrigatório)

1) Toma medicamento com frequência? () Sim () Não

Especificar: _____

2) Está ingerindo alguma medicação específica no momento? () Sim () Não

Especificar: _____

3) É portador de algum tipo de deficiência física? () Sim () Não

Especificar: _____

4) Tem problemas cardíacos (hipertensão) ou doença congênita? () Sim () Não

Especificar: _____

5) Tem restrição na alimentação ou na atividade física? () Sim () Não

Especificar: _____

6) É alérgico ou intolerante/alérgico a alguma substância? () Sim () Não

Especificar: _____

7) Está em tratamento médico, psicológico, psiquiátrico, fonoaudiológico ou terapêutico?

Especificar: _____

8) É portador de:

() Amidalite () Asma () Bronquite () Convulsão () Diabetes () Dispnéia

() Epilepsia () Hemofilia () Hipertensão () Otite

() Sinusite () outra doença ou limitação: _____

9) Doenças que já teve:

() Catapora () Caxumba () Coqueluche () Dengue () Escarlatina () Hepatite

() Pneumonia () Rubéola () Sarampo () Varicela () outras _____

10) Já teve alguma internação médica? () Sim () Não

Especificar: _____

11) Já passou por intervenção cirúrgica? () Sim () Não

Especificar: _____

12) Rejeita algum tipo de alimento? () Sim () Não, Qual? _____

Nome do médico do aluno: _____ Telefone p/ contato: _____

Caso o aluno esteja com febre, qual medicação antitérmica a escola está autorizada a dar?

1ª _____ 2ª _____ Dosagem (1 gota por kilo)

13) A criança teve ou ainda tem convulsão / desmaio? Sim () Não ()

Qual o procedimento para controle? _____

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

<i>Nome</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Telefone</i>

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

Qual? _____

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.

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

<i>Nome Completo</i>	<i>Parentesco</i>	<i>RG</i>

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

A vida escolar

Frequêntou 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? _____

Quem faz o acompanhamento das lições de casa? _____

A vida pessoal

Tem sono calmo? Sim () Não ()

Escova os dentes sozinho? Sim () Não ()

Dorme em cama separada? Sim () Não ()

Usa o banheiro sozinho? Sim () Não ()

Dorme, em média, quantas horas por dia? _____.

Chupa dedo? Sim () Não ()

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

Chupa chupeta? Sim () Não ()

Apresenta dificuldades em falar? Sim () Não ()

Toma mamadeira? Sim () Não ()

Apresenta dificuldades motoras? Sim () Não ()

Rói unhas? Sim () Não ()

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

Como foi a gestação?

E a noite? Sim () Não ()

() Normal () Complicada () Prematuro

Necessita de ajuda para vestir ou despirm?

Qual o tipo de parto?

Sim () Não ()

() Cesária () Normal () Induzido

Toma banho sozinho? Sim () Não ()

Amamentação? () Materna () Artificial

Qual a idade se deu a retirada das fraldas? _____.

Qual idade se deu a retirada da chupeta? _____.

Qual idade aproximada que a criança: Sentou: _____ Engatinhou: _____ Andou: _____ Falou: _____

COVID-19

1) O aluno teve contato com alguma pessoa que teve sintomas do COVID-19: () Sim () Não

Quando: ____/____/____ - Grau de parentesco: _____

2) Algum membro da família teve COVID-19? () Sim () Não

Quando: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____

Responsável Financeiro

Dados para o boleto bancário da mensalidade escolar de 2022

Nome completo do responsável financeiro: _____

Nome completo da mãe do responsável financeiro (avó do aluno):

Nome completo do pai do responsável financeiro (avô do aluno):

CPF: _____ RG: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: _____ Endereço: _____

_____ n° _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

E-mail para envio do boleto: _____

Vencimento do boleto: ()05 ()10

Necessita de recibo? () Sim () Não

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.

Informamos que caso ocorra qualquer mudança nos dados informados neste requerimento de matrícula e nos documentos solicitados é de responsabilidade dos responsáveis informar a escola.

Plano de pagamento (para preenchimento da escola):

Mensalidade: _____

Alimentação: _____

Material: _____

Valor total: _____

Valor pago Ato: _____ (Kit Mochila + Agenda Digital)

