



Nº de Matrícula

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

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Venho requerer a matrícula de meu (a) filho (a), adiante qualificado, para o ano letivo de 2015, ao:

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

No período da () MANHÃ () TARDE () INTEGRAL () INTERMEDIÁRIO ____ás____.

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 _____

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 2015. 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 () 6-1. Grupo sanguíneo: _____
7. A criança já teve:
() CAXUMBA () SARAMPO () RUBÉOLA () CATAPORA
() ESCARLATINA () COQUELUCHE () OUTRA
8. É epilético? Sim () Não ()
9. É hemofílico? Sim () Não ()
10. É deficiente auditivo? Sim () Não ()
11. É deficiente visual? Sim () Não ()
12. É 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 orientá-la para estar com o documento de Identificação.

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 ()

A vida escolar

Frequenteou 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? _____

Dados para o boleto bancário da mensalidade escolar de 2013

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.

Ass. Representante Legal

Visto da Professora.

Ass. Coordenação

Ficha Social de Matrícula.

1 – Moradia tipo:

- () Apartamento () Casa de Alvenaria () Casa de Madeira () Casa Própria
() Casa Alugada () Casa Cedida () Terreno da Prefeitura
() Área Livre: código da área livre: _____ () Outros _____

No terreno possui outras residências ? () Sim () Não () Familiares () Desconhecidos.

Como você considera a convivência de sua família com os vizinhos? E com os outros moradores do quintal?

Há quanto tempo reside no município de Osasco? _____

2 – Água / Esgoto: () Individual () Rede Pública () Coletiva () Fossa () Poço () Céu aberto.
Lixo Coleta Pública: _____ () sim () não

Banheiro Dentro: _____ () sim () não () coletivo () individual

Chuveiro: _____ () sim () não () coletivo () individual

Tanque: _____ () sim () não () coletivo () individual

Janelas: _____ () sim () não () coletivo () individual

Quantos cômodos há em sua casa? _____ Quantas camas? _____

Quantas pessoas moram na casa? _____ Quais os nomes e grau de parentesco das
pessoas que moram em sua casa? _____

3 – Situação Econômica Familiar:

Renda Familiar: _____ Salário da mãe: _____ Salário do pai: _____

Outros rendimentos: _____. Exemplos: (aluguel, bolsa família, pensão...).

4 – Participação de algum programa social?

- () Programa Redistributivos () Programa Osasco Digital () Programa Juventude
() Programa Osasco Solidária () Programa Osasco Inclui () Programa Capacitação Ocupacional
() Programa Portal do Trabalhador () Programa Estratégia de Inclusão da SDTI () Outros.

Quais? _____

Eu, _____ responsável pelo (a) aluno (a) acima mencionado (a)
declaro que todas as informações acima são verdadeiras.

Assinatura do Responsável

Plano de pagamento:

Mensalidade: _____

1ª Parcela – () cheque () dinheiro Valor pago: _____ com ____% de desconto

Vencimento das parcelas dia: ____/____/____

() boleto () secretaria

Alimentação: _____

Material: _____

Valores extras: _____

Início: ____/____/____

Período de adaptação: de ____/____ á ____/____

Horário de adaptação: _____

Responsável pela adaptação: _____