

FORMULÁRIO DE PRÉ-MATRÍCULAS

DADOS CADASTRAIS DO ALUNO MATRICULADO

Nome:		
Série:		E-Mail do Aluno:
RG:	CPF:	Celular do Aluno:
Data de Nascimento:	Cidade Natal:	Vencimento Mensalidade: 10() 20() 25()
Cor/Raça:	Branca() Preta/Negra() Amarela() Parda() Indígena() Não Declarado()	
Reside com: PAI() MÃE() OUTROS()		

PAI DO ALUNO - RESPONSÁVEL FINANCEIRO() RESPONSÁVEL ACADÊMICO()

Nome:		
Estado Civil:		Profissão:
Data de Nascimento:		Cidade Natal:
RG:		CPF:
Endereço:	N.º	Bairro:
Cidade:	CEP:	
Telefones:		
Email:		
Observações:		

MÃE DO ALUNO - RESPONSÁVEL FINANCEIRO() RESPONSÁVEL ACADÊMICO()

Nome:		
Estado Civil:		Profissão:
Data de Nascimento:		Cidade Natal:
RG:		CPF:
Mesmo Endereço do pai do aluno: SIM() NÃO()		
Preencher Endereço Abaixo Caso o endereço seja diferente:		
Endereço:	N.º	Bairro:
Cidade:	CEP:	
Telefones:		
Email:		
Observações:		

Preencher o verso apenas quando o responsável financeiro ou acadêmico forem terceiros:

RESPONSÁVEL FINANCEIRO POR TERCEIROS

Nome:		
Parentesco do Aluno: () Avós Paternos () Avós Maternos () Irmãos () Outros _____		
Estado Civil:	Profissão:	
Data de Nascimento:	Cidade Natal:	
RG:	CPF:	
Endereço:	N.º	Bairro:
Cidade:	CEP:	
Telefones:		
Email:		
Observações:		

RESPONSÁVEL ACADÊMICO POR TERCEIROS

Nome:		
Parentesco do Aluno: () Avós Paternos () Avós Maternos () Irmãos () Outros _____		
Estado Civil:	Profissão:	
Data de Nascimento:	Cidade Natal:	
RG:	CPF:	
Endereço:	N.º	Bairro:
Cidade:	CEP:	
Telefones:		
Email:		
Observações:		

Orientações:

- Obrigatório preencher o CPF e RG quando o mesmo for o Responsável Financeiro;
- Definir o dia do vencimento do boleto nos "Dados do Cadastro do Aluno".
- **Não esquecer de preencher o CPF do aluno.**

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO ALUNO

Tipo sanguíneo:
Faz uso de algum tipo de medicamento (permanente)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui alergia a algum tipo de medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui algum outro tipo de alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui problema cardíaco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui algum tipo de crise súbita de asma/sonambulismo/convulsão/desmaio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual?
Possui alguma doença crônica com diagnóstico ou tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui algum outro problema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui alguma dificuldade física temporária ou permanente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?
Possui alguma Necessidade Educacional Especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?

Observações:

- Caso o aluno apresente qualquer necessidade educacional especial, nos termos do artigo 2º da Lei 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência, o Contratante deverá apresentar ao Contratado o Laudo de Avaliação conforme cláusula 3ª do contrato de prestação de serviço:
- Declaro que as informações fornecidas são verdadeiras e atualizadas, assumindo total responsabilidade caso haja alterações que não forem comunicadas a secretaria do colégio.

Ituiutaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável: _____