

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA PARA SERVIÇOS EDUCACIONAIS – ANO 2021

- 1) O responsável pelo aluno, cujos dados pessoais são transcritos a seguir, vem pelo presente, requerer a este Colégio, a matrícula do referido aluno para o ano letivo de 2021, firmando, inclusive, se atendidos os requisitos para tanto, o contrato que a seguir faz parte integrante deste documento, como também o termo de autorização do uso de imagem do aluno.

COLÉGIO: CENTRO DE ENSINO FUNDAMENTAL ALELUIA
MANTENEDORA: STAR ENGLISH COURSE LTDA CNPJ: 42.350.702/0001-45
Endereço: Estrada do Portela, 449 – Madureira – CEP: 21351-050 - Tel.: (21) 3355-6912



2) QUALIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS (PAI e MÃE)

Nome: _____	Religião: _____		
RG nº: _____	CPF: _____		
Endereço residencial completo: _____			
Bairro: _____	CEP: _____	Tel.: _____	Cel.: _____
Informações Profissionais: Profissão: _____		Função: _____	
Empresa: _____		Tel. Comercial: _____	
Endereço comercial: _____			
Email: _____			

Nome: _____	Religião: _____		
RG nº: _____	CPF: _____		
Endereço residencial completo: _____			
Bairro: _____	CEP: _____	Tel.: _____	Cel.: _____
Informações Profissionais: Profissão: _____		Função: _____	
Empresa: _____		Tel. Comercial: _____	
Endereço comercial: _____			
Email: _____			

3) QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Grau de parentesco: _____	Nome: _____		
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Separado/Divorciado. – Religião: _____			
RG nº: _____	CPF: _____		
Endereço residencial completo: _____			
Bairro: _____	CEP: _____	Tel.: _____	Cel.: _____
Informações Profissionais: Profissão: _____		Função: _____	
Empresa: _____		Tel. Comercial: _____	

4) DADOS DO BENEFICIÁRIO (ALUNO)

Nome completo: _____		
Data de nascimento: ____/____/____ sexo: () M () F		
Naturalidade: _____		
Endereço completo: _____		
Bairro: _____		CEP: _____
Tel: _____		Tel. recado: _____

5) PEDIDO DE VAGA

Requer vaga para a série: _____ () Educação Infantil () Fundamental I
Turno: () Manhã () Tarde ESCOLA DE ORIGEM: _____

- 6) Desde já, fica claro e conhecido pelo requerente, que o DEFERIMENTO da matrícula é um ato da Direção do Colégio, condicionada às normas internas e mencionadas no informativo e edital de matrícula, à existência de vaga, condições de habilitação e capacitação do aluno, documentação escolar e civil completa, condições gerais de crédito, bem como a inexistência de débitos vencidos junto a este Colégio.
- 7) Diante da existência de uma das situações descritas no item 06, o REQUERIDO indeferirá a matrícula do aluno beneficiado representado pelo REQUERENTE.
- 8) Tendo havido o pagamento de valores correspondentes à primeira parcela da anuidade escolar, o REQUERIDO devolverá o montante ao REQUERENTE, juntamente com a notificação de indeferimento.
- Termos em que pede deferimento.

FICHA DE SAÚDE

- 1) Tipo Sanguíneo: _____
- 2) Possui plano de saúde? () sim () não
Se sim. Qual é o plano? _____ e nº da carteirinha: _____
- 3) Possui alergia? () sim . A que? _____
() não
- 4) O(a) aluno(a) tem acompanhamento de algum especialista? _____ Qual? _____
- 5) Em caso de dor e febre alta, ministrar o medicamento _____ na dosagem de _____
- 6) Faz uso de algum medicamento contínuo? _____ Qual? _____
- 7) Já apresentou alguns desses problemas de saúde? Marque um **X** caso já tenha apresentado.

DEFICIÊNCIAS	DOENÇAS CRÔNICAS	DOENÇAS CONTAGIOSAS JÁ CONTRAÍDAS
<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> FALA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> OUTRAS _____ _____	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> BRONQUITE <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> REUMATISMO <input type="checkbox"/> HIPERATIVIDADE <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____ _____	<input type="checkbox"/> CATAPORA <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> COQUELUCHE <input type="checkbox"/> RUBÉOLA <input type="checkbox"/> CAXUMBA <input type="checkbox"/> SARAMPO <input type="checkbox"/> OUTRAS _____ _____

- 8) Em caso de emergência, caso precisemos falar com o médico pediatra:
Nome do médico: _____ Tel.: _____
- 9) A escola foi indicado por: _____
- 10) Pessoas autorizadas a pegar o (a) aluno(a) na escola:

11) Documentos apresentados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento
<input type="checkbox"/> Cartão de Vacina
<input type="checkbox"/> Atestado médico
<input type="checkbox"/> RG e CPF dos pais
<input type="checkbox"/> RG e CPF dos resp. financeiro
<input type="checkbox"/> Comp. De residência do resp. financeiro | <input type="checkbox"/> 2 fotos 3 x 4
<input type="checkbox"/> Comprov de residência dos pais
<input type="checkbox"/> Declaração de escolaridade
<input type="checkbox"/> Declaração financeira
<input type="checkbox"/> Histórico Escolar
<input type="checkbox"/> Tipo sanguíneo e Fator RH |
|--|--|

12) Observações:

Deferido em: ____/____/____

 Requerido

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____

REQUERENTE