

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Matrícula: _____ Ano Letivo: _____ Série/Turma: _____ Período: _____

1 – ALUNO (A)Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____
CEP: _____ End. Res. _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____ Local de Nascimento _____ UF: _____
RG (Nº - Org. Exp. – UF) _____ Avós Paternos _____
Avós Maternos _____**1 – PAI**Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
CEP: _____ End. Res. _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Tel. Res. _____ Celular: _____ Email: _____
CPF: _____ RG (Nº - Org. Exp. – UF) _____ Grau de Instrução: _____
Profissão: _____ Empresa/Função: _____
End. Com. _____ Nº _____ CEP: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel. Com. _____**1 – MÃE**Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
CEP: _____ End. Res. _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Tel. Res. _____ Celular: _____ Email: _____
CPF: _____ RG (Nº - Org. Exp. – UF) _____ Grau de Instrução: _____
Profissão: _____ Empresa/Função: _____
End. Com. _____ Nº _____ CEP: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel. Com. _____**1 – OUTRAS INFORMAÇÕES**

Em caso de necessidade, no período em que o estudante se encontra na escola, entrar em contato com:

1º _____ 2º _____
Nome do médico _____ Telefone: _____
Hospital de sua preferência _____ Convênio de saúde _____
Tem algum problema de saúde? _____
Toma algum medicamento regularmente? _____
É alérgico a algum medicamento em especial? _____
Possui alguma dificuldade específica? _____
A cobrança deve ser encaminhada para o pai ou para a mãe? (utilize o verso para dados de outro responsável) _____**Obs.: Para passeios, teatros e outros eventos externos é obrigatório o uso do uniforme da escola.**

Nestes termos, pede deferimento.

Campo Largo ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável