CENTRO DE ENSINO SANTA RITA DE CÁSSIA
QD 09 - LOTE ESPECIAL E ÁREA RESERVADA N.º 02 - SOBRADINHO-DF – CEP 73.035-090
Home Page: *www.cesrc.com.br* **/**
e-mail: contato.cesrc@gmail.com / financeiro.cesrc@gmail.com / **Fone:** *3591-4241*

UMA ESCOLA PARA CHAMAR DE SUA

FICHA PARA MATRÍCULA / 2027

OBS.: TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM LETRA LEGÍVEL.

Matrícula nº: _____ **Mensalidade:** _____

ALUNO(A): _____ **Ano/Série:** _____ **( ) M ( ) V**

D.N.: _____/_____/_____ **Naturalidade:** _____

Nacionalidade: _____ **Tipo sanguíneo/Fator RH:** _____ **Cartão vacina: ( ) Sim ( ) Não**

Endereço: _____

Cidade/UF: _____ **CEP.:** _____

Telefone fixo: _____ **/ Celular(es):** _____

Religião: _____ **E-mail:** _____

Facebook/outros: _____

CPF estudante: _____ **RG estudante:** _____

MÃE: _____ CPF: _____ RG: _____

Telefone fixo: _____ / Celular(es): _____

E-mail: _____

Profissão: _____ Local trabalho: _____

Avós Maternos: _____

PAI: _____ CPF: _____ RG: _____

Telefone fixo: _____ / Celular(es): _____

E-mail: _____

Profissão: _____ Local trabalho: _____

Avós Paternos: _____

POSSUI REGIME DE GUARDA E RESPONSABILIDADE – ( ) Sim ( ) Não

Nome: _____ **/ CPF:** _____

AS PESSOAS ABAIXO RELACIONADAS, ESTÃO AUTORIZADAS A RETIRAR O ALUNO DA ESCOLA, (APENAS MENORES DE 12 ANOS):

_____

NOME / CPF / GRAU DE PARENTESCO / TELEFONE

_____

NOME / CPF / GRAU DE PARENTESCO / TELEFONE

SAÚDE DO ALUNO

Problema de Saúde: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Intolerância/Alergia Alimentar: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Faz uso de medicação contínua: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/ATIPICIDADE/ TRANSTORNOS/DISTÚRBIOS - TIPO:

( ) Deficiência física ( ) Deficiência intelectual ( ) Deficiência múltipla ( ) Baixa visão – Tipo _____

( ) Espectro Autista - TEA ( ) Síndrome de Rett ( ) DISLEXIA ( ) DISCALCULIA ( ) TDAH ( ) TDA ( ) DPA

OUTROS _____

( ) Altas Habilidades Áreas: _____

(CASO HAJA ALGUM TRANSTORNO OU NECESSIDADE ESPECIAL É OBRIGATÓRIA A ENTREGA DE LAUDO ATUALIZADO ATÉ O 1º DIA LETIVO)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: _____

_____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO CONTRATO

Nome: _____

CPF: _____

Grau de parentesco: _____

Fone fixo: _____

Celular: _____

Celular: _____

E-mail: _____

Data: _____/_____/_____

_____

ASSINATURA