



# 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](http://www.cesrc.com.br) / e-mail: [contato.cesrc@gmail.com](mailto:contato.cesrc@gmail.com) / [financeiro.cesrc@gmail.com](mailto:financeiro.cesrc@gmail.com)

Fone: 3591-4241

## FICHA PARA MATRÍCULA / 2024

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

Matrícula n.º: _____	Mensalidade: _____
ALUNO(A): _____	
D.N.: ____/____/____	Naturalidade: _____
Nacionalidade: _____	Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____
Série/Ano/Período: _____	Turma: _____ Turno: _____
Endereço: _____	
Cidade/UF: _____	CEP.: _____
Telefone fixo: _____ / Celular(es): _____	
Religião: _____	E-mail: _____
Facebook/outros: _____	
CPF aluno: _____	RG aluno: _____
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: _____	
<b>POSSUI REGIME DE GUARDA E RESPONSABILIDADE – ( ) Sim ( ) Não</b>	
<b>Nome: _____ / CPF: _____</b>	
<b>SAÚDE DO ALUNO</b>	
Problema de Saúde: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____	
Intolerância/Alergia Alimentar: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____	
Faz uso de medicação contínua: ( ) Não ( ) Sim Qual? _____	
<b>PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/ATIPICIDADE - TIPO:</b>	
( ) Cegueira ( ) Surdez ( ) Deficiência auditiva ( ) Surdocegueira ( ) Deficiência física	
( ) Deficiência intelectual ( ) Deficiência múltipla ( ) _____	
( ) Baixa visão – Tipo _____ Grau _____	
<b>TRANSTORNOS/DISTÚRBIOS</b>	
( ) Espectro Autista - DEA ( ) Síndrome de Rett ( ) Transtorno Desintegrativo da Infância	
( ) DISLEXIA ( ) DISCALCULIA ( ) TDAH ( ) TDA ( ) DPA	
OUTROS _____	
( ) Altas Habilidades Áreas: _____	
<b>(CASO HAJA ALGUM TRANSTORNO OU NECESSIDADE ESPECIAL É OBRIGATÓRIA A ENTREGA DE LAUDO ATUALIZADO ATÉ O 1º DIA LETIVO)</b>	
<b>OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:</b> _____	
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL PELO CONTRATO</b>	
Nome: _____	Celular: _____
CPF: _____	Celular: _____
Grau de parentesco: _____	E-mail: _____
Fone fixo: _____	Data: ____/____/____
ASSINATURA _____	