

**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

FICHA PARA MATRÍCULA / 2026**OBS.: TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM LETRA LEGÍVEL.**

Matrícula nº: _____		Mensalidade: _____	
ALUNO(A): _____			
D.N.: ____/____/____		Naturalidade: _____	
Nacionalidade: _____		Tipo sanguíneo: _____	
EI / Ano / Série: _____		Fator RH: _____	
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: _____			
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 - TIPO:			
() Cegueira () Surdez () Deficiência auditiva () Surdocegueira () Deficiência física			
() Deficiência intelectual () Deficiência múltipla () _____			
() Baixa visão – Tipo _____ Grau _____ / Tipo Sanguíneo _____ Fator RH _____			
TRANSTORNOS/DISTÚRBIOS			
() Espectro Autista - TEA () Síndrome de Rett () Transtorno Desintegrativo da Infância			
() 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: _____		Celular: _____	
CPF: _____		Celular: _____	
Grau de parentesco: _____		E-mail: _____	
Fone fixo: _____		Data: ____/____/____	
		_____ ASSINATURA	