



## FICHA DE CADASTRO MATRÍCULA 2020

### COLÉGIO SÃO GABRIEL

Srs Pais,  
Solicitamos o preenchimento desta ficha em sua totalidade.  
Agradecemos a compreensão.

Atenciosamente,  
A Secretaria

|        |      |
|--------|------|
| Código | Nome |
|--------|------|

|                                                              |                                                |  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| <b>Ensino Fundamental I</b>                                  | <b>Ensino Fundamental II</b>                   |  |
| ( ) 1º ano ( ) 2º ano<br>( ) 3º ano ( ) 4º ano<br>( ) 5º ano | ( ) 6º ano ( ) 7º ano<br>( ) 8º ano ( ) 9º ano |  |

**Turno:** ( ) Matutino ( ) Vespertino

### Dados do Aluno

|                                      |  |                                                                 |        |               |                                   |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--------|---------------|-----------------------------------|
| Data de Nascimento                   |  | Naturalidade                                                    |        | Estado        |                                   |
| Sexo<br>( ) Masculino ( ) Feminino   |  | Nacionalidade                                                   |        | CPF           |                                   |
| Carteira de Identidade               |  | Data Emissão                                                    |        | Órgão Emissor |                                   |
| Nº Certidão Nascimento               |  | Data Registro                                                   |        | Livro         |                                   |
|                                      |  |                                                                 |        | Nº das Folhas |                                   |
| Nº Certidão Nascimento (Novo Modelo) |  |                                                                 |        |               |                                   |
| Cartório                             |  |                                                                 |        | Estado        |                                   |
| Endereço Residencial (Aluno)         |  |                                                                 |        | Complemento   |                                   |
| Bairro                               |  | Cidade                                                          |        | CEP           |                                   |
|                                      |  |                                                                 |        | Telefone fixo |                                   |
| Celular                              |  | Email                                                           |        |               | Pais Separados<br>( ) Sim ( ) Não |
| Religião                             |  | O aluno (a) reside com:<br>( ) pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros: |        |               |                                   |
| Escola de origem                     |  |                                                                 | Cidade |               | Estado                            |



## FICHA CADASTRAL 2020

### Filiação: Dados do Pai

|                      |                        |              |               |               |  |
|----------------------|------------------------|--------------|---------------|---------------|--|
| Nome Completo        |                        |              | Data Nasc.    | Nacionalidade |  |
| CPF                  | Carteira de Identidade | Data Emissão | Órgão Emissor | Estado        |  |
| Endereço             |                        |              | Complemento   |               |  |
| Bairro               | Cidade                 |              | CEP           | Estado        |  |
| Religião             | Escolaridade           |              | Profissão     |               |  |
| Empresa              |                        |              | Estado Civil  |               |  |
| Nome do novo Cônjuge |                        |              |               | Telefone Res. |  |
| Celular              | Telefone Com.          | Email        |               |               |  |

### Filiação: Dados da Mãe

|                      |                        |              |               |               |  |
|----------------------|------------------------|--------------|---------------|---------------|--|
| Nome Completo        |                        |              | Data Nasc.    | Nacionalidade |  |
| CPF                  | Carteira de Identidade | Data Emissão | Órgão Emissor | Estado        |  |
| Endereço             |                        |              | Complemento   |               |  |
| Bairro               | Cidade                 |              | CEP           | Estado        |  |
| Religião             | Escolaridade           |              | Profissão     |               |  |
| Empresa              |                        |              | Estado Civil  |               |  |
| Nome do novo Cônjuge |                        |              |               | Telefone Res. |  |
| Celular              | Telefone Com.          | Email        |               |               |  |

**Responsável Financeiro:** ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro (preencher os dados abaixo, caso não seja Pai ou Mãe)

|               |                        |              |                    |               |  |
|---------------|------------------------|--------------|--------------------|---------------|--|
| Nome Completo |                        |              | Data de Nascimento |               |  |
| CPF           | Carteira de Identidade | Data Emissão | Órgão Emissor      | Estado        |  |
| Endereço      |                        |              | Complemento        |               |  |
| Bairro        | Cidade                 |              | CEP                | Estado        |  |
| Empresa       |                        |              | Profissão          |               |  |
| Estado Civil  |                        |              |                    | Telefone Res. |  |
| Celular       | Telefone Com.          | Email        |                    |               |  |



## FICHA CADASTRAL 2020

### Orientações e recomendações dos Pais/Responsáveis a Escola:

As informações abaixo são muito importantes para o melhor atendimento dos nossos alunos (as). Portanto solicitamos que estas sejam as mais precisas possíveis. Lembramos que essas informações são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis.

#### Aspectos de saúde:

A) Utiliza medicação: ( ) alopática ( ) homeopática

B) O aluno (a) apresenta:

1. Doença congênita: ( ) NÃO ( ) SIM Qual? .....
2. Hipertensão: ( ) NÃO ( ) SIM
3. Epilepsia: ( ) NÃO ( ) SIM, está em tratamento? ( ) SIM ( ) NÃO
4. Hemofilia: ( ) NÃO ( ) SIM
5. Diabetes: ( ) NÃO ( ) SIM, é dependente de insulina? ( ) SIM ( ) NÃO
6. Asma: ( ) NÃO ( ) SIM
7. Alergia a algum tipo de substância ou de medicamento tópico, oral ou injetável?  
( ) SIM ( ) NÃO Em caso afirmativo. Quais? .....
8. Está fazendo algum tipo de tratamento médico? ( ) NÃO ( ) SIM  
Qual? .....
9. Faz uso de medicação específica? ( ) NÃO ( ) SIM Qual? .....  
Nome do médico (a): ..... Telefone: .....

C) É portador de alguma necessidade especial?

1. Motora: ( ) NÃO ( ) SIM
2. Visual: ( ) NÃO ( ) SIM
3. Auditiva: ( ) NÃO ( ) SIM
4. Autismo: ( ) NÃO ( ) SIM

D) Faz algum acompanhamento com especialista: ( ) NÃO ( ) SIM Qual? .....

E) Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

- ( ) Caxumba ( ) Sarampo ( ) Rubéola ( ) Catapora ( ) Escarlatina ( ) Coqueluche  
( ) Outras Quais? .....

F) A Escola não pode medicar. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno (a), quem deverá ser avisado?

Nome: ..... Parentesco: .....  
Telefone: ..... Celular: .....  
Nome: ..... Parentesco: .....  
Telefone: ..... Celular: .....

G) O aluno (a) possui algum plano de saúde? ( ) NÃO ( ) SIM Qual? .....



## FICHA CADASTRAL 2020

H) Em caso de necessidade, o aluno (a) deverá ser removido para o hospital/clínica .....  
..... Telefone: .....  
Endereço: .....

### Aspectos de Segurança

A) O aluno (a) está autorizado a deixar a escola, sozinho? ( ) NÃO ( ) SIM

Em caso negativo, quem está autorizado a retirá-lo da escola?

Nome: ..... RG: ..... Parentesco: .....

Nome: ..... RG: ..... Parentesco: .....

B) O aluno (a) vem para escola de que forma?

( ) A pé e sozinho ( ) De ônibus e sozinho ( ) Alguém vem trazê-lo **( ) Transporte escolar**

### **Em caso de transporte escolar:**

Nome do transportador:.....

Número do transporte:.....

Placa:.....

Telefones:.....

**Obs: Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente, comunicadas à Secretaria.**

**As informações contidas, nesta ficha, são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis.**

Osasco, ..... de ..... de 20.....

\_\_\_\_\_  
Responsável