

## Ficha Cadastral 2017

### ----- DADOS DO ALUNO (como consta na certidão de nascimento) -----

Nome completo (sem abreviação): \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_ U.F.: \_\_\_\_\_

Cor/Raça: ( )Branca ( )Amarela ( )Preta ( )Indígena ( )Parda ( )Não declarada

Com quem mora o aluno: ( ) pai ( ) mãe ( ) avós ( ) tios ( ) outros \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Apt. \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### ----- DADOS DO PAI (como consta na certidão de nascimento) -----

Nome completo (sem abreviação): \_\_\_\_\_ ( ) falecido

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Apt. \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Função que exerce: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### ----- DADOS DA MÃE (como consta na certidão de nascimento) -----

Nome completo (sem abreviação): \_\_\_\_\_ ( ) falecido

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Apt. \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Função que exerce: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Fone(s): \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Pais separados:** ( ) Sim ( ) Não Há sentença judicial que comprove a guarda do menor? ( ) Sim ( ) Não  
Guarda: ( ) compartilhada ( ) pai ( ) mãe ( ) outro: \_\_\_\_\_

(ENTREGAR DOCUMENTO NA SECRETARIA DO COLÉGIO)

**Em conformidade com a cláusula 11ª e parágrafo único do Contrato de Prestação de Serviços, em caso de separação conjugal é OBRIGATÓRIA a comunicação ao Colégio sobre a quem cabe a guarda e as demais informações sobre a responsabilidade pela retirada do (a) aluno (a).**

----- **DADOS DO RESPONSÁVEL (Caso não seja pai ou mãe)** -----

Nome completo (sem abreviação): \_\_\_\_\_ ( ) falecido  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Apt. \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Função que exerce: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Fone(s): \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

----- **DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (Contratante e Nota Fiscal)** -----

Nome completo (sem abreviação): \_\_\_\_\_ ( ) falecido  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Apt. \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Função que exerce: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_  
Fone(s): \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Informações do aluno - 2017

(Ficha de instruções e recomendações do Pai e/ou Responsável)

### ----- DADOS DE SAÚDE -----

Em caso de emergência, **não sendo localizados os pais ou responsáveis** pelo (a) aluno (a), quem deverá ser avisado?

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Tem algum Plano de Saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Possui algum destes problemas de saúde?

( ) diabetes ( ) hipoglicemia ( ) bronquite ( ) rinite ( ) enxaqueca ( ) sinusite ( ) coração

( ) hipertensão ( ) convulsão ( ) epiléptico ( ) Asma ( ) hemofílico

Se outros, especificar: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicações regularmente? ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

Faz uso de: ( ) alopatia ( ) homeopatia

Já teve: ( ) catapora ( ) sarampo ( ) caxumba ( ) rubéola ( ) outros

Quais? \_\_\_\_\_

É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, quais? \_\_\_\_\_

Possui alguma alergia alimentar? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Está fazendo algum tipo de tratamento médico/fonoaudiológico/psicológico? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

O aluno possui alguma necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não

( ) deficiência mental ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência visual ( ) Deficiência física ( ) outras

O aluno apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas?

( ) Sim ( ) Não Especificar: \_\_\_\_\_

**\*Em caso afirmativo, o aluno deverá trazer um atestado médico.**

Em caso de febre alta, **NÃO SENDO localizados os pais e/ou responsáveis pelo aluno**, qual ANTITÉRMICO ou ANALGÉSICO deverá ser ministrado?

Nome: \_\_\_\_\_ Posologia (quantidade): \_\_\_\_\_

**Observação: Favor anexar receituário médico para viabilizar a administração. A escola medicará, conforme a assinatura e a autorização do responsável.**

O aluno está autorizado a deixar a escola sozinho? \_\_\_\_\_

**Em caso negativo quem está autorizado a retirá-lo (a):** (    ) PAI    (    ) MÃE (    ) TRANSPORTE ESCOLAR

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Obs.: Só entregamos seu (sua) filho (a) para pessoas não autorizadas, mediante aviso dos responsáveis antecipadamente, (através de bilhetes na agenda assinado pelos responsáveis).**

Avó materna: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Avô materno: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Avó paterna: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Avô paterno: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações:

- No início do ano letivo é obrigatório a entrega de uma declaração médica com o nome e a dosagem do medicamento que o aluno poderá tomar em caso de dor/febre e cólica. Se o aluno for alérgico a alguma substância, esta informação também deverá constar na declaração. O colégio não medicará alunos que não tenham esta declaração no prontuário.

- Doença: sempre que o aluno tenha medicamento a tomar no horário das aulas, as embalagens deverão ser identificadas com o nome do aluno e a dosagem e o horário deverão estar anotados na agenda, para que sejam devidamente ministradas.

- Doenças infectocontagiosas: os alunos com doenças infectocontagiosas ficam impedidos de frequentar o Colégio, tendo sua frequência restabelecida, normalmente, logo que apresentarem declaração médica comprovando a ausência de perigo de contágio.

- Em casos de emergência (acidente ou mal súbito, ocorrido no horário de aula e nas dependências do Colégio) será dado conhecimento ao responsável pela guarda com a máxima brevidade: o Colégio tomara de imediato as providências que julgar necessária para atendimentos de primeiros socorros. O tratamento posterior ou complementar ficará a cargo do responsável pela guarda.

- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha, deverão ser imediatamente comunicadas na secretaria do colégio.

- As informações contidas nesta ficha, são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que a prestaram.

Bauru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Essas informações foram prestadas por: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

## Requerimento de Matrícula/2017

Eu, \_\_\_\_\_  
portador (a) do R.G. nº \_\_\_\_\_ CPF/MF. nº \_\_\_\_\_ venho  
por meio deste, requerer a matrícula do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ no ano Letivo de 2017 no \_\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_,  
desta escola.

Neste ato assinei o contrato de Prestação de Serviços Educacionais e tomei ciência de todas as cláusulas em  
negrito e reitero a minha concordância.

Bauru \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai ou Responsável legal

### **Plano de Pagamento**

\_\_\_\_\_ parcelas

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

Vencimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ – valor R\$ \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO

Eu, (nome completo do responsável) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ brasileiro(a), RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF/MF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado à Rua \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, nesta cidade de Bauru, Estado de São Paulo, CEP 17 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

responsável pelo aluno(a) \_\_\_\_\_,  
brasileiro(a), menor, portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_ SSP/SP, da  
turma \_\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_ (manhã ou tarde) regularmente matriculado  
no Colégio Engler, com endereço na Rua José Maurício de Almeida, 1-84, Bauru, Estado de São Paulo, CNPJ  
51.524.627/0001-82, autorizo que fotos e/ou filmagens de meu filho(a), acima qualificado, conjuntamente com os pais  
e/ou responsáveis e familiares, ou isoladamente, para fins de divulgação dos trabalhos da escola, eventos,  
confraternizações, festas, datas comemorativas, exemplificando, mas não limitando, para divulgação no site, facebook,  
instagram, twitter, jornais, e demais redes sociais e meios de comunicação do Colégio, sem prazo determinado.

A presente autorização é concedida a título gratuito, bem como em nenhuma hipótese poderá a imagem ser  
utilizada pelo Colégio de maneira contrária à moral e aos bons costumes ou à ordem pública.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem nada a ser  
reclamado a título de direitos relacionados ao uso de fotos e/ou filmagens de meu filho, conjuntamente com pais e/ou  
responsáveis e familiares, ou a qualquer outro, assinando a presente autorização.

Bauru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Margareth N. N. Donida  
Diretora escolar

### TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
BRUNA DONIDA  
CPF/MF 372.866.968-74

\_\_\_\_\_  
IZABEL CRISTINA DE CARVALHO  
CPF/MF 067.795.398-48