



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA - ANO LETIVO: 2021

COLÉGIO SANTA TERESINHA
 Pré-Escolar/Ens.Fund.(1º ao 9º ano) e Ens. Médio
 Decreto Nº- 2093/43, de 26.06.43 - Reconhecimento/Esc.Normal de 1ºGrau
 Port. Nº310/52-MG 04.04.52/ Reconhecimento/ Curso Ginásial - Port. Nº 2056/87 - MG 16.12.87 - Extensão de 1ª a 4ª série
 Port. Nº 290/89 - MG 15.11.89 - Reconhecimento / 2º Grau - CEP 35.570-000 - Fone: (37) 3322-1366

Matrícula:	Curso:	Série:	Turno:
Aluno(a):		Data de nasc:	Sexo:
Naturalidade:		UF:	Nacionalidade:
Certidão de nascimento nº:		Livro nº:	Folha nº:
Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não declarada			
Rua/Av.:	Nº:	Compl.:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	
Fone residencial:	email:	Celular do aluno:	
Identidade	Org. Emissor-UF	Dt. Expedição / /	CPF
Religião			

Alteração de Endereço:

Rua/Av.:	Nº:	Compl.:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	
Fone residencial:	email:	Celular do aluno:	

Dados do Aluno:

Situação do aluno: <input type="checkbox"/> Novato na série <input type="checkbox"/> Repetente na série <input type="checkbox"/> Ex aluno			
O aluno reside com: <input type="checkbox"/> Pai e Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outros _____			
Tem irmãos no Colégio? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		NOME:	SÉRIE:
		NOME:	SÉRIE:
Colégio frequentado pelo aluno no ano anterior:		Cidade:	Estado:

Dados dos Pais: (Se for o mesmo do Aluno, preencher somente os itens referente ao pai e a mãe)

NOME DO PAI:			CPF:
Nascimento	Ex-aluno	Identidade	Estado Civil
Naturalidade - UF		Falecido	
Rua/Av.:	Nº:	Compl.:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	
Fone residencial:	Celular	Profissão:	
Empresa:	Fone do Trabalho:	E-mail:	

NOME DA MÃE:			CPF:
Nascimento	Ex-aluno	Identidade	Estado Civil
Naturalidade - UF		Falecido	
Rua/Av.:	Nº:	Compl.:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	
Fone residencial:	Celular	Profissão:	
Empresa:	Fone do Trabalho:	E-mail:	

VEM REQUERER A SUA MATRÍCULA PARA: EDUC.INFANTIL ENSINO FUNDAMENTAL ENSINO MÉDIO SÉRIE/ANO [_____]

ACEITANDO O REGIMENTO DO COLÉGIO NESTES TERMOS PEDE DEFERIMENTO

FORMIGA, _____ de _____ de _____

 Eliana Márcia Avelar Rodrigues
 Diretora - Aut. nº 21482

 Responsável

RESPONSÁVEL PEDAGÓGICO

[] Pai [] Mãe [] caso seja outro, preencher dados abaixo

CPF		Nome					
Nascimento	Ex-aluno	Telefone residencial	Estado Civil	Naturalidade - UF	Nacionalidade		
Endereço (OBS.: PREENCHER APENAS CASO SEJA DIFERENTE DO ENDEREÇO DO ALUNO)							
Bairro		CEP	Cidade		UF		
Identidade	Org. Emissor	UF	Dt. Expedição	Celular			
Profissão	Função			Telefone comercial			
E-mail			Empresa onde trabalha				

RESPONSÁVEL FINANCEIRO

(Responsável pela assinatura do contrato) [] Pai [] Mãe [] caso seja outro, preencher dados abaixo

CPF		Nome					
Nascimento	Ex-aluno	Telefone residencial	Estado Civil	Naturalidade - UF	Nacionalidade		
Endereço (OBS.: PREENCHER APENAS CASO SEJA DIFERENTE DO ENDEREÇO DO ALUNO)							
Bairro		CEP	Cidade		UF		
Identidade	Org. Emissor	UF	Dt. Expedição	Celular			
Profissão	Função			Telefone comercial			
E-mail			Empresa onde trabalha				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Em caso de acidente avisar preferencialmente a:			Telefone
Em caso de acidente encaminhar preferencialmente para:			Telefone
Plano de Saúde	Reg. Plano de Saúde		Telefone
Faz uso de medicação alopata [] Sim [] Não	Possui alguma limitação? [] Visual [] Física [] Auditiva	Outras limitações	
Medicação que o aluno utiliza:			
Gr. Sang.	Fator Rh	Possui algum tipo de alergia? Especifique:	
Outras informações:			

OBSERVAÇÕES

--