



# REQUERIMENTO DE MATRÍCULA - ANO LETIVO: 2024

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 35.570-098 - 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	

### 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eliaana Márcia Avelar Rodrigues  
Diretora - Aut. nº 941118

\_\_\_\_\_  
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**

--