

**COLÉGIO CORAM DEO**

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

EDUCAÇÃO INFANTIL – PRÉ 1 – 4 anos (X) - PRÉ 2 – 5 anos ()

FUNDAMENTAL 1 – 1º ano () – 2º ano () – 3º ano () – 4º ano () – 5º ano ()

Data de Ingresso: 09/02/2026

Nome completo do(a) ALUNO(a): Raquel Vilela Farias de Magalhães			
Data Nascimento: 08/11/2021	Sexo: Feminino	Cor/Raça: Branca	
Naturalidade/UF: Uberaba MG	RG: 24269 515	CPF 189 962 896 71	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais () pai () mãe () outros		Nacionalidade: Brasileira	
Nome do PAI: Gabriel Vilela de Lima Magalhães			
RG 15 664 271	CPF 128 961 716 30	Data Nasc.: 17/01/1997	
Empresa (trabalho):	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: (34)998864291		
e-mail: gabrielvlm@hotmail.com			
Endereço: Rua Alberto Alves Cabral	Nº 261	Complemento: Casa 01	
Bairro Santa Mônica	Uberlândia Cidade/UF: MG	38408226 CEP	Telefone: ()
Nome da MÃE: Stefani Farias de Lima Magalhães			
RG 18321 702	CPF 106130 866 94	Data Nasc.: 06/11/1994	
Empresa (trabalho):	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: (34)99888-7369 3		
e-mail: stefani-fariasf@hotmail.com			
Endereço: Rua Alberto Alves Cabral	Nº 261	Complemento: Casa 01	
Bairro Santa Mônica	Uberlândia Cidade/UF: MG	38408226 CEP	Telefone: ()
Nome do RESPONSÁVEL:			
RG		CPF	Data Nasc.: ____/____/____
Empresa (trabalho):	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular:		
e-mail:			
Endereço: Rua	Nº	Complemento:	
Bairro	Cidade/UF:	CEP	Telefone: ()

**COLÉGIO CORAM DEO**

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

PROCEDÊNCIA DO ALUNO

(preencher no ato da matrícula)

Local de origem do aluno	Rede/Estabelecimento origem	Situação aluno ano anterior	Situação do aluno na série atual
Mesmo município <input checked="" type="checkbox"/>	Federal	Foi Aprovado <input checked="" type="checkbox"/>	Primeiro ingresso no tipo Ensino
Outro município do Estado	Estadual	Foi Reprovado	Novato na série <input checked="" type="checkbox"/>
Outro Estado	Municipal	Abandonou	Repetente por ter sido reprovado
Outro País	Particular <input checked="" type="checkbox"/>	Não frequentou	Repetente por abandono
	Nunca frequentou escola		Repetente apesar de ser aprovado

TIPO DE ENSINO CURSADO NO ANO ANTERIOR

Educação Infantil (Pré-Escolar) <input checked="" type="checkbox"/>	Educação Especial
Ensino Fundamental _____	Outro tipo de Ensino

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Tipo de excepcionalidade do Portador de Necessidades Especiais

Deficiência mental	Deficiência auditiva	Deficiência múltipla	Condutas típicas (problema conduta)
Deficiência da visão	Deficiência física	Altas Habilidades (superdotado)	Outras <u>AUTISMO</u> <input checked="" type="checkbox"/>
Não se Aplica			<u>NÍVEL SUPORTE 2</u>

ENTRADA / SAÍDA DA ESCOLA

1 – Seu(sua) filho(a) vem para escola de que forma?

a pé e sozinho(a)	de ônibus e sozinho(a)	alguém sempre vem trazê-lo(a) <input checked="" type="checkbox"/>	transporte escolar
-------------------	------------------------	---	--------------------

2 – A escola recomenda que os alunos esperem dentro da escola por seus pais ou condução escolar.

O(a) aluno(a) está autorizado(a) deixar a escola, sozinho(a)?	SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----	---

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo(a) da escola são:

a) Nome: Rosely Elza de Lima MagalhãesR.G. nº 20 693 76-6 Parentesco: Avób) Nome: (~~Maria Farias dos Santos~~)R.G. nº 47.22162 Parentesco: Avó↳ Maria dos Santos Farias



COLÉGIO CORAM DEO

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

FICHA DE SAÚDE

1 - O médico do(a) aluno(a) é: () alopata () homeopata

Nome do médico: _____

Endereço: _____

Telefones para contato (inclusive celular): _____

2 - O(a) aluno(a) é alérgico a algum medicamento tópico, oral ou injetável? () sim não

Qual/(is)? _____

3 - Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), com qual(is) medicamento(s) ele(a) deverá ser medicado(a), por indicação médica (será necessário receita no prontuário):

OBS.: A ESCOLA SÓ IRÁ MEDICAR O (A) ALUNO (A) COM A **APRESENTAÇÃO DA RECEITA MÉDICA**

4 - A criança tem doença congênita? () sim não

Qual/(is)? _____

5 - Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

() caxumba () sarampo () rubéola () catapora escarlatina () coqueluche () outras _____

Quando? 1 ANO

6 – Outras condições físicas?

	SIM	NÃO
Tem hipertensão?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem alteração de pressão?		<input checked="" type="checkbox"/>
É diabético?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, é dependente de insulina?		<input checked="" type="checkbox"/>
É epilético?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, está em tratamento?		<input checked="" type="checkbox"/>
É hemofílico?		<input checked="" type="checkbox"/>
É deficiente visual?		<input checked="" type="checkbox"/>
É deficiente físico?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem algum problema cardíaco?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem asma ou bronquite?		<input checked="" type="checkbox"/>
Outro problema respiratório?		<input checked="" type="checkbox"/>
Já teve fraturas?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, qual parte do corpo?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem algum problema no joelho?		<input checked="" type="checkbox"/>
Sente dores de cabeça com frequência?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tem cólicas fortes?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tem alergia a alguma coisa?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Em caso afirmativo, descreva: <u>PICADAS DE INSETOS</u>		
Tem algum problema de saúde que o impeça de participar das aulas de Educação Física?		<input checked="" type="checkbox"/>

7 - Atualmente está fazendo algum tipo de tratamento médico? () sim não

Qual/(is)? _____

8 - Está ingerindo medicação específica? () sim não

Qual/(is)? _____

9 - O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? () sim não

Qua/(is)? _____



FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026
EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

10 – Faz algum tipo de acompanhamento? () sim () não. Se positivo assinale qual(is):
 Psicológico Fonoaudiológico Neurológico () Psicopedagógico () Psiquiátrico

Obteve qual diagnóstico?

- () Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) () Dislexia () Dislalia Autismo
() Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) () Transtorno Bipolar
() Outros? Explique: _____

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

a) Nome: Rosely Elza de Lima Magalhães Parentesco: Avó
Telefone fixo: _____ Celular: (34) 9922268724
b) Nome: Maria dos Santos Farias Parentesco: Avó
Telefone fixo: _____ Celular: (34) 999457401

11 – O(a) aluno(a) possui algum plano de saúde? sim () não Qual? Unimed

12 - Em caso de necessidade, o(a) aluno(a) deverá ser removido para qual hospital ou clínica?

UMC
Endereço do hospital ou clínica: Rua Rafael Marino Neto Telefones: (34) 3257 1400
600

Declaro, para os fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autênticas, ficando ciente que a falsidade configura crime passível de apuração e responsabilização. Declaro, ainda, que me comprometo a atualizar as informações prestadas, no caso de qualquer alteração do conteúdo acima declarado.

ASSINATURAS

Pai / Mãe / Responsável	Direção Escolar	Coordenação Pedagógica