



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 ( ) - PRÉ 2 - 5 anos ( )

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

Data de Ingresso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome completo do(a) ALUNO(a): <i>Isadora Gemes dos Santos</i>			
Data Nascimento: <i>07/08/18</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor/Raça: <i>Branca</i>	
Naturalidade/UF: <i>Uberlândia MG</i>	RG: <i>-</i>	CPF: <i>172.401.856-69</i>	
Com quem mora o(a) aluno(a)? ( ) pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros		Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	
Nome do PAI: <i>Jose Guilherme dos Santos</i>			
RG	CPF	Data Nasc.: <i>01/02/92</i>	
Empresa (trabalho): <i>Santos Construções</i>	Telefone I:	ramal: <i>34 99679 1187</i>	
Telefone residencial:	Celular:		
e-mail:			
Endereço: Rua <i>Sebastião A. Fonseca</i>	Nº <i>1045</i>	Complemento: <i>-</i>	
Bairro: <i>Santa Monica</i>	Cidade/UF:	CEP <i>38408232</i>	Telefone: ( )
Nome da MÃE: <i>Betônia Paulo Gemes de Oliveira</i>			
RG <i>14508353</i>	CPF <i>091505836-7</i>	Data Nasc.: <i>29/12/92</i>	
Empresa (trabalho): <i>Do lar</i>	Telefone I:	ramal: <i>34 99123 7688</i>	
Telefone residencial:	Celular: <i>31 99638 2992</i>		
e-mail:			
Endereço: Rua <i>Sebastião A. Fonseca</i>	Nº <i>1045</i>	Complemento: <i>-</i>	
Bairro	Cidade/UF:	CEP	Telefone: ( )
Nome do RESPONSÁVEL:		Grau de Parentesco:	
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 <i>λ</i>	Federal	Foi Aprovado <i>λ</i>	Primeiro ingresso no tipo Ensino
Outro município do Estado	Estadual	Foi Reprovado	Novato na série <i>e</i>
Outro Estado	Municipal	Abandonou	Repetente por ter sido reprovado
Outro País	Particular <i>λ</i>	Não frequentou	Repetente por abandono
	Nunca frequentou escola		Repetente apesar de ser aprovado

**TIPO DE ENSINO CURSADO NO ANO ANTERIOR**

Educação Infantil (Pré-Escolar)	Educação Especial
Ensino Fundamental <i>λ</i>	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
Não se Aplica <i>λ</i>			

**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) <i>λ</i>	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
---	-----	-----

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

*Somente Pais*

a) Nome: \_\_\_\_\_

R.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

b) Nome: \_\_\_\_\_

R.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_



# 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: Alexsandro

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato (inclusive celular): 95 98114-7208

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): NÃO

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? antes dos 2 anos

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:		<input checked="" type="checkbox"/>
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)? \_\_\_\_\_



# COLÉGIO CORAM DEO

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

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: Sônia Parentesco: Mãe

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 34 9 9695 5193

b) Nome: Luiz Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 11 9 5375-8981

11 - O(a) aluno(a) possui algum plano de saúde?  sim ( ) não Qual? Amil

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

Santa Genoveva  
Endereço do hospital ou clínica: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

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
		