

**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 (X) - 5º ano ( )

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

Nome completo do(a) ALUNO(a): <i>gabriel gomes dos Santos</i>			
Data Nascimento: <i>07/07/17</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor/Raça: <i>Branca</i>	
Naturalidade/UF: <i>Uberlândia - MG</i>	RG: <i>-</i>	CPF: <i>160.390.046-22</i>	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros		Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	
Nome do PAI: <i>José Guilherme dos Santos</i>			
RG	CPF	Data Nasc.: <i>01/02/1992</i>	
Empresa (trabalho): <i>Santos Construções</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <i>34 99679 1187</i>		
e-mail: <i>santoseconstrucao@icloud.com</i>			
Endereço: Rua <i>Sebastião Montes Gomes</i>	Nº <i>1045</i>	Complemento: <i>-</i>	
Bairro <i>S. Monica</i>	Cidade/UF: <i>MG</i>	CEP <i>3840237</i>	Telefone: ( )
Nome da MÃE: <i>Betânia Paula Gomes de Oliveira</i>			
RG <i>14502353</i>	CPF <i>091.505.836-10</i>	Data Nasc.: <i>29/12/92</i>	
Empresa (trabalho): <i>do lar</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <i>34 996382992</i>		
e-mail: <i>betaniapoliveira@gmail.com</i>		<i>34 991237688</i>	
Endereço: Rua	Nº	Complemento:	
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 <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)	Educação Especial
Ensino Fundamental <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Outro tipo de Ensino

## EDUCAÇÃO ESPECIAL

Tipo de excepcionalidade do Portador de Necessidades Especiais

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

## 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	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
---	-----	---

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

*Apenas Pai ou mãe*

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: Alessandre

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato (inclusive celular): (35) 98114-7227

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? 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: <u>clarulato</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  
Qual/(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 (X) Psicopedagógico ( ) Psiquiátrico

Obteve qual diagnóstico?

- ( ) Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) ( ) Dislexia ( ) Dislalia ( ) Autismo
- (X) 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: Laryssa Parentesco: Tia

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 11 95375-8981

b) Nome: Sonia Parentesco: Mãe

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 34 ~~99032~~ 99695 5143

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

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
<u>[Assinatura]</u>		