

**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 (X) – 2º ano () - 3º ano () - 4º ano () - 5º ano ()**

Data de Ingresso: _23_/_02_/_2026_

Nome completo do(a) ALUNO(a) : Asafe Alves Fernandes			
Data Nascimento _28_/_03_/_2019_		Sexo: Masculino	
Naturalidade/UF: Uberlândia - MG		RG:	
		CPF: 177 306 886 54	
Com quem mora o(a) aluno(a)? (X) pais () pai () mãe () outros			Nacionalidade: Brasileiro
Nome do PAI : Jorge Luiz Silva Fernandes			
RG MG 13.160.201		CPF 069 463 756 45	
		Data Nasc.: _19_/_05_/_1983_	
Empresa (trabalho): Alumix Distribuidora		Telefone I:	ramal:
Telefone residencial:			Celular: 34 99685 - 5783
e-mail: jorgeluzitel@hotmail.com			
Endereço: Rua Mantova		Nº: 215	Complemento:
Bairro Jardim Europa		Cidade/UF: Uberlândia - MG	CEP 38414-695
		Telefone: ()	
Nome da MÃE : Karuna Sibila Silva Alves dos Santos Fernandes			
RG 13 099 061		CPF 063 355 826-51	
		Data Nasc.: _30_/_04_/_1985_	
Empresa (trabalho):		Telefone I:	ramal:
Telefone residencial:			Celular:
e-mail: ksibila@hotmail.com			
Endereço: Rua Mantova		Nº 215	Complemento:
Bairro Jardim Europa		Cidade/UF: Uberlândia - MG	CEP 38 414 695
		Telefone: (34) 99685-5782	
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	X	Federal		Foi Aprovado		Primeiro ingresso no tipo Ensino	X
Outro município do Estado		Estadual		Foi Reprovado		Novato na série	
Outro Estado		Municipal		Abandonou		Repetente por ter sido reprovado	
Outro País		Particular		Não frequentou	X	Repetente por abandono	
		Nunca frequentou escola	X			Repetente apesar de ser aprovado	

TIPO DE ENSINO CURSADO NO ANO ANTERIOR

Educação Infantil (Pré-Escolar)		Educação Especial	
Ensino Fundamental 1º ano		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							

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)	X	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 X
---	-----	-------

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

a) Nome: _Jorge Luiz Silva Fernandes _____

R.G. nº _ MG 13.160.201 _____ Parentesco: ___ Pai _____

b) Nome: Karuna Sibila Silva Alves dos Santos Fernandes

R.G. nº _____ MG 13 099 061 _____ Parentesco: ___ Mãe _____



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

FICHA DE SAÚDE

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

Nome do médico: _____ Dr Douglas Lopes _____

Endereço: _____ Hospital Santa Genoveva _____

Telefones para contato (inclusive celular): _____

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

_____ De30 50 gotas de própolis. _____

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

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

Qual/(is)? _____

5 - Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

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

Quando? _____

6 – Outras condições físicas?

	SIM	NÃO
Tem hipertensão?		X
Tem alteração de pressão?		X
É diabético?		X
Em caso afirmativo, é dependente de insulina?		X
É epilético?		X
Em caso afirmativo, está em tratamento?		
É hemofílico?		X
É deficiente visual?		X
É deficiente físico?		X
Tem algum problema cardíaco?		X
Tem asma ou bronquite?		X
Outro problema respiratório?		X
Já teve fraturas?		X
Em caso afirmativo, qual parte do corpo?		
Tem algum problema no joelho?		X
Sente dores de cabeça com frequência?		X
Tem cólicas fortes?		X
Tem alergia a alguma coisa?	X	
Em caso afirmativo, descreva: Alergia a ácaros, ocasionando em prurido nos olhos. Em casa ele faz uso de uma pomada específica.		
Tem algum problema de saúde que o impeça de participar das aulas de Educação Física?		x

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

Qual/(is)? Imunoterapia no Hospital de Clínicas de Uberlândia, com o intuito de o organismo dele ir criando resistência aos ácaros e a coceira nos olhos não desencadear ceratocone. _____

8 - Está ingerindo medicação específica? () sim (X) não

Qual/(is)? _____

9 - O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? () sim (X) 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 (X) 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: ___Luzia Aparecida Alves_____ Parentesco: Avó materna _____

Telefone fixo: _____ Celular: ___(34) 99718-7879_____

b) Nome: _Ilza Maria Alves da Costa_____ Parentesco: Tia avó _____

Telefone fixo: _____ Celular: ___(34) 99670-1229_____

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

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

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
_____	_____	_____