

**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: 09/02/26

Nome completo do(a) ALUNO(a): <u>LUCAS FERRAZ TEOBALDO</u>			
Data Nascimento: <u>07/05/2019</u>	Sexo: <u>MASCULINO</u>	Cor/Raça: <u>BRANCA</u>	
Naturalidade/UF: <u>BRASILIA</u>	RG:	CPF:	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Nome do PAI: <u>GUSTAVO TEOBALDO ALMEIDA</u>			
RG <u>MG 10571024</u>	CPF <u>049310156-03</u>	Data Nasc.: <u>05/01/1981</u>	
Empresa (trabalho): <u>HOTELARIA RODRIGUES DA SILVA</u>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <u>34 99663 7831</u>		
e-mail: <u>TAVOT2010@GMAIL.COM</u>			
Endereço: Rua <u>LUIZ DECIO DE ARAUJO</u>	Nº <u>111</u>	Complemento:	
Bairro <u>LUIZOTE 4</u>	Cidade/UF: <u>MG</u>	CEP <u>38418518</u>	Telefone: ( )
Nome da MÃE: <u>EUSTACIANO CRISTINA FERREIRA</u>			
RG <u>Mg-14.772.080</u>	CPF:	Data Nasc. <u>29/03/1984</u>	
Empresa (trabalho):	Telefone I:	ramal: <u>(34) 996455651</u>	
Telefone residencial:	Celular:		
e-mail: <u>1511CF2019@gmail.com</u>			
Endereço: Rua <u>Rua Luiz decio de Araujo</u>	Nº <u>111</u>	Complemento:	
Bairro <u>LUIZOTE IV</u>	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	Primeiro ingresso no tipo Ensino
Outro município do Estado	Estadual	Foi Reprovado	Novato na série
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
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	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----	---

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

a) Nome: Rusana dos Santos TeobaldoR.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: Vob) Nome: Raphael Teobaldo AlmeidaR.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: Tio



# 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: Vão

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):

Dipirona

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 Não

Quando? \_\_\_\_\_

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?		
Tem alergia a alguma coisa?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Em caso afirmativo, descreva: <u>Lactose</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)? \_\_\_\_\_



**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: Não

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

a) Nome: Susana dos Santos Parentesco: Avo  
Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 999791658  
b) Nome: Raphael Teobaldo Parentesco: Tio  
Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 999732847

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

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

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>Buscolani Cristina</u>		