

**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: ___/___/___

Nome completo do(a) ALUNO(a): <i>Rafael Pereira Costa</i>			
Data Nascimento: <i>28/02/2020</i>	Sexo: <i>masculino</i>	Cor/Raça:	
Naturalidade/UF: <i>Uberlândia</i>	RG:	CPF:	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais () pai () mãe () outros		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Nome do PAI: <i>Carlos Alberto de Souza Costa</i>			
RG	CPF: <i>01305607660</i>	Data Nasc.: <i>12/05/1982</i>	
Empresa (trabalho): <i>metalurgia União</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <i>34984403743</i>		
e-mail:			
Endereço: Rua <i>Adelino Rixato</i>	Nº <i>119</i>	Complemento:	
Bairro <i>monsieur III</i>	Cidade/UF:	CEP:	Telefone: ()
Nome da MÃE: <i>Juliana Mendes Pereira</i>			
RG	CPF: <i>08651982682</i>	Data Nasc.: <i>03/09/1988</i>	
Empresa (trabalho): <i>Colégio Coram Deo</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <i>34984060092</i>		
e-mail:			
Endereço: Rua <i>Adelino Rixato</i>	Nº <i>119</i>	Complemento:	
Bairro <i>monsieur III</i>	Cidade/UF:	CEP:	Telefone: ()
Nome do RESPONSÁVEL: <i>Juliana Mendes Pereira</i>		Grau de Parentesco: <i>mãe</i>	
RG	CPF: <i>08651982682</i>	Data Nasc.: ___/___/___	
Empresa (trabalho): <i>Colégio Coram Deo</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: <i>34984060092</i>		
e-mail:			
Endereço: Rua	Nº	Complemento:	
Bairro	Cidade/UF:	CEP:	Telefone: ()



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 <input checked="" type="checkbox"/>
Outro Estado	Municipal <input checked="" type="checkbox"/>	Abandonou	Repetente por ter sido reprovado
Outro País	Particular	Não frequentou <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	Outro tipo de Ensino <input checked="" type="checkbox"/>

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 <input checked="" type="checkbox"/>			

ENTRADA / SAÍDA DA ESCOLA

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

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

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

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

a) Nome: Juliana Mendes Pereira

R.G. nº _____ Parentesco: mãe

b) Nome: Carlos Alberto de Souza Costa

R.G. nº _____ Parentesco: Pai



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):

Dipirona - 18 gotas

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? _____

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?		X
É hemofílico?		X
É deficiente visual?		X
É deficiente físico?		X
Tem algum problema cardíaco?		X
Tem asma ou bronquite?		X
Outro problema respiratório? <i>rinite alérgica</i>	X	
Já teve fraturas?		X
Em caso afirmativo, qual parte do corpo?		X
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:		X
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? () 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: Transtorno de processamento sensorial - hipersensibilidade som, luzes, toques e texturas

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

a) Nome: Nilza Costa Parentesco: Avo

Telefone fixo: _____ Celular: 349 9229 5478

b) Nome: milene mochoallo Parentesco: Avia

Telefone fixo: _____ Celular: 34991451100

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

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

V.A.I

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>Juliana M Pereira</u>		