

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

Data de Ingresso: ___/___/___

Nome completo do(a) ALUNO(a): <i>Luísa Almeida Castro</i>			
Data Nascimento <i>10/10/18</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor/Raça: <i>Branca</i>	
Naturalidade/UF: <i>Machado/MG</i>	RG:	CPF:	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais () pai () mãe () outros		Nacionalidade:	
Nome do PAI: <i>Eduardo Bornele de Castro</i>			
RG <i>14.856.826</i>	CPF <i>091.544.586-76</i>	Data Nasc.: <i>05/01/89</i>	
Empresa (trabalho): <i>Coram Deo</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial: <i>—</i>	Celular: <i>(35)99755-0509</i>		
e-mail: <i>eduardobornelecastro@gmail.com</i>			
Endereço: Rua <i>Rezerde, 242, Apto 902</i>	Nº	Complemento:	
Bairro <i>Centro</i>	Cidade/UF:	CEP	Telefone: ()
Nome da MÃE: <i>Ângela Rezerde Almeida Castro</i>			
RG	CPF	Data Nasc.: <i>29/05/91</i>	
Empresa (trabalho): <i>Coram Deo</i>	Telefone I:	ramal: <i>—</i>	
Telefone residencial:	Celular: <i>(35)99844-0509</i>		
e-mail: <i>angela-ra@hotmail.com</i>			
Endereço: Rua <i>Rezerde 242, Apto 902</i>	Nº	Complemento:	
Bairro <i>Centro</i>	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: ()



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	Federal	Foi Aprovado <input checked="" type="checkbox"/>	Primeiro ingresso no tipo Ensino <input checked="" type="checkbox"/>
Outro município do Estado <input checked="" type="checkbox"/>	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)	Educação Especial
Ensino Fundamental <input checked="" 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)	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: Eduardo B. Castro

R.G. nº 14.856.826 Parentesco: Pai

b) Nome: Ângela R. A. Castro

R.G. nº 12.551.788 Parentesco: Mãe



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: X

Endereço: _____

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):

Dipirona / Ibuprofeno

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 X

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?		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 (X) não

Qual/(is)? _____

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 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: Diretor Adriano Parentesco: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

b) Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

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?

Pronto Socorro

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>Ângela Rezende</u>		