

**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>Augusto Cunha Dionísio</i>			
Data Nascimento: <i>06/07/2016</i>	Sexo: <i>masculino</i>	Cor/Raça: <i>Branca</i>	
Naturalidade/UF: <i>Uberlândia-MG</i>	RG:	CPF: <i>156.796.426-54</i>	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros		Nacionalidade:	
Nome do PAI: <i>Josinei Luís Dionísio</i>			
RG: <i>5434689</i>	CPF: <i>750.332.326-49</i>	Data Nasc.: <i>16/07/1975</i>	
Empresa (trabalho): <i>Unet Telecom</i>	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial: <i>34-3225-1208</i>	Celular: <i>34-99105-8486</i>		
e-mail: <i>josineilyachid@gmail.com</i>			
Endereço: Rua <i>João Antônio Teixeira</i>	Nº <i>60</i>	Complemento:	
Bairro <i>São Jorge</i>	Cidade/UF: <i>MG</i>	CEP <i>38410582</i>	Telefone: ( )
Nome da MÃE: <i>Lucélia Cunha do Prado Dionísio</i>			
RG: <i>10.663.036</i>	CPF: <i>047.091.916-70</i>	Data Nasc.: <i>30/04/1980</i>	
Empresa (trabalho): <i>Coram Deo</i>	Telefone I: <i>34</i>	ramal: <i>3277-1598</i>	
Telefone residencial: <i>34-3225-1208</i>	Celular: <i>34-99882-9046</i>		
e-mail: <i>luceliascunha1980@gmail.com</i>			
Endereço: Rua <i>João Antônio Teixeira</i>	Nº <i>60</i>	Complemento:	
Bairro <i>São Jorge</i>	Cidade/UF: <i>MG</i>	CEP <i>38410582</i>	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 <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 <u>3º ANO</u>	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: Pais Josinei e Lucélia

R.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: pais

b) Nome: Emanuel e Mariana

R.G. nº \_\_\_\_\_ Parentesco: Irmãos



# 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, tylenol

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?		<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? <u>braços</u>		
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:		<input checked="" type="checkbox"/>
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)? Tratamento asma

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: \_\_\_\_\_

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

a) Nome: Ave Rosaria Parentesco: ave  
Telefone fixo: 34-3225-1208 Celular: 99207-3312  
b) Nome: marcela Parentesco: Tia  
Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: 98864-4791

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?

Endereço do hospital ou clínica: SUS - Uai 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>Lucléia Cunha P. Dias</u>	_____	_____