

**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 (X)

Data de Ingresso: ___/___/___

Nome completo do(a) ALUNO(a): Benjamin Gomides Vaz.			
Data Nascimento: 01/12/2015	Sexo: Masculino	Cor/Raça: Branca	
Naturalidade/UF: Uberlândia-MG	RG:	CPF:	
Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais () pai () mãe () outros		Nacionalidade: Brasileira	
Nome do PAI: Lucas Vaz			
RG: 4515439	CPF: 00549259863	Data Nasc.: 29/12/84	
Empresa (trabalho): Christian Halls	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: 34 998080130		
e-mail:			
Endereço: Rua Al. Saul Afonso de Silva	Nº: 400	Complemento:	
Bairro: Karaiiba	Cidade/UF: MG	CEP:	Telefone: ()
Nome da MÃE: Kenia Candida Gomides			
RG:	CPF: 08376585606	Data Nasc.: 06/1/87	
Empresa (trabalho): Finesses Baby	Telefone I:	ramal:	
Telefone residencial:	Celular: 34 997699340		
e-mail:			
Endereço: Rua Rua Anuã	Nº: 28	Complemento: Loja	
Bairro: Karaiiba	Cidade/UF: MG	CEP:	Telefone: ()
Nome do RESPONSÁVEL:			
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 _____	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: Semiramus Gomes de Oliveira

R.G. nº _____ Parentesco: Avó Paterna

b) Nome: Fazete Candida

R.G. nº _____ Parentesco: Avó Materna



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 (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):

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?		X
Já teve fraturas?		X
Em caso afirmativo, qual parte do corpo?		X
Tem algum problema no joelho?		
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? (X) sim () não
Qual/(is)? Ritalina - TDAH

9 - O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? (X) sim () não
Qual/(is)? TDAH leve



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: Semirames Gomes Parentesco: Avô
Telefone fixo: _____ Celular: 34 998446050
b) Nome: Foyete Cândida Parentesco: Avó
Telefone fixo: _____ Celular: 34 9 8824 01 17

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

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

Hospital do Tricungulo
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>Lucas Vaz Jr.</u>		