

FICHA DE MATRÍCULA

Ano Letivo:	Nº da Matrícula:	(<input type="checkbox"/>) Rematrícula (<input type="checkbox"/>) Nova
Turma:	Turno:	

DADOS DO ALUNO

Nome: _____ **Sexo:** () F () M

Data Nascimento: _____ Naturalidade/UF: _____

Tipo Sanguíneo/Fator RH: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____ Telefone: _____

Pais casados entre si? () Sim () Não

Caso os pais sejam separados ou divorciados, o regime de guarda é compartilhado ou exclusivo de um dos dois:
() compartilhado entre ambos () da mãe () do pai () outro

Reside com: () Pai () Mãe () Outro, quem? _____

Nome da escola anterior: _____

Já estudou no Dom José? () Sim () Não Que série? _____ Religião: _____

Tem irmãos no Dom José? () Sim () Não Nomes: _____

Possui alguma alergia? _____ Qual? _____

Faz acompanhamento com especialista? _____ Qual? _____

Usa algum medicamento? _____ Qual? _____

Nome da Mãe/Contratante:

CPF: _____ RG/Emissor: _____

Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Local de Trabalho: _____ Profissão: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Instagram: _____

Grau de Instrução: _____ Renda Mensal: _____

Nome do Pai/Contratante:

CPF: _____ RG/Emissor: _____

Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Local de Trabalho: _____ Profissão: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Instagram: _____

Grau de Instrução: _____ Renda Mensal: _____

Nome de Terceiro Contratante:

CPF:	RG/Emissor:	
Data Nascimento:	Estado Civil:	
Mora com aluno? () Sim () Não	Possui guarda compartilhada? () Sim () Não	
Endereço:		
CEP:	Cidade/UF:	
Local de Trabalho:	Profissão:	
Tel. Res.:	Tel. Com.:	Celular:
E-mail:	Instagram:	
Grau de Instrução:	Renda Mensal:	
Grau de Parentesco:		

Responsável Financeiro: Mãe () Pai () Terceiro Contratante ()

EM CASO DE EMERGÊNCIA

Pessoas que devem ser avisadas:

Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
É dependente de algum plano de saúde?	Qual?
Tem algum problema de saúde crônico?	Qual?
Possui alguma alergia(s)?	Quais?
Em caso de emergência o Colégio poderá chamar o SAMU? () Sim () Não	
Existe algum hospital ou clínica de atendimento de emergência para o qual deve ser levado preferencialmente? Qual?	

AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

Outras pessoas autorizadas a realizar a condução e acompanhamento do(a) aluno(a) na chegada e saída da escola:

Nome:	Telefone:
Grau de Parentesco:	CPF:
Nome:	Telefone:
Grau de Parentesco:	CPF:
Nome:	Telefone:
Grau de Parentesco:	CPF:

Favor enviar cópia do RG e CPF dos autorizados para mantermos na ficha do aluno. Informamos que esses documentos são solicitados apenas segurança do aluno.

Declaro serem verdadeiras todas as informações por mim prestadas nesta Ficha de Matrícula e informo ser o (a) responsável legal pelo(a) aluno(a).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável identificado nesta Ficha de Matrícula

Nome e Assinatura da Secretária do Colégio