



FAVOR ENTREGAR
PREENCHIDO NO
DIA DA
MATRÍCULA

Ficha de Informações de Alunos Ingressantes

DADOS DO ALUNO

Nome do aluno: _____ Raça/Cor: _____

Email do aluno: _____

Endereço: (Rua / Avenida / Travessa) _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

DADOS DO PAI

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____|____|____ RG: _____

Estado Civil: _____ e-mail: _____

Telefone Comercial: _____ Celular: _____

Profissão: _____

Empresa em que trabalha: _____

CNPJ: _____

DADOS DA MÃE

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____|____|____ RG: _____

Estado Civil: _____ e-mail: _____

Telefone Comercial: _____ Celular: _____

Profissão: _____

Empresa em que trabalha: _____

CNPJ: _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

Observações: _____

DADOS FAMILIARES

Participa do Bolsa Família? _____

Nº de membros da família: _____ Valor da renda familiar: _____

O aluno possui convênio odontológico? Qual? _____



Ficha de Saúde

O aluno possui alguma doença crônica? Qual? _____

Foi internado(a) alguma vez?

Não Sim - Especificar (motivo e idade) _____

Tem algum problema de saúde?

Não Sim - Qual? _____

Está fazendo algum tipo de tratamento de saúde?

Não Sim - Qual e aonde? _____

Toma algum medicamento regularmente?

Não Sim - Qual? _____

Tem algum tipo de deficiência?

1. Não
2. Sim
3. Cegueira
4. Baixa Visão
5. Surdez Severa ou Profunda
6. Intelectual
7. Surdez Leve ou Moderada
8. Surdocegueira
9. Física Paralisia Cerebral
10. Física Cadeirante
11. Física Outros
12. Síndrome de Down
13. Autista Infantil
14. Síndrome de Asperger
15. Síndrome de Rett
16. Transtorno Desintegrativo da Infância
17. Altas Habilidades / Superdotação
18. Múltipla

Tem algum tipo de alergia?

1. Não
2. Alimento
3. Medicamento
4. Outro, especificar: _____

Qual Unidade Básica de Saúde utiliza? _____

Tem Convênio Médico? Não Sim - Qual? _____