**ANEXO III**

**FICHA DE INSCRIÇÃO/MATRÍCULA 2021 - ESCOLA SESC/AP**

**EDUCAÇÃO INFANTIL - MATERNAL**

# DADOS DO(A) CANDIDATO(A):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** | | |  |
| Turno de Preferência: | | |
| Data de Nascimento: | | |
| RG ou Dados da Certidão de Nascimento: | | |
| Nº do CPF: | | |
| NIS (caso beneficiário do bolsa família): | | |
| Cor/Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Não declarada | | |
| Endereço residencial/CEP: | | |
| 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? ( ) compartilhada entre ambos ( ) da mãe ( ) do pai  ( ) outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Nome da Mãe:** | | |
| Nº do CPF: | | |
| Local de Trabalho (nome/endereço/telefone): | | |
|  | | |
| E-mail para contato: | | |
| Telefone de Contato (fixo e celular): | | |
| **Nome do Pai:** | | |
| Nº do CPF: | | |
| Local de Trabalho (nome/endereço/telefone): | | |
|  | | |
| E-mail para contato: | | |
| Telefone de Contato (fixo e celular): | | |
| **Tem irmão matriculado na Escola?** | | |
| Nome: | Série | Turno |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| **Responsável legal que assinará a autodeclaração e o termo de compromisso: (Nome/CPF)** | | |
|  | | |
| **Observações:** | | |

**DADOS DE SAÚDE DO(A) CANDIDATO(A)**

|  |
| --- |
| **É dependente em algum plano de Saúde? Qual?** |
|  |
| **Tem algum problema de saúde crônico?** |
|  |
| **Tem alergia(s)? Qual(is) ?** |
|  |
| **Já recebeu diagnóstico médico de deficiência? Qual?** |
|  |
| **Apresenta alguma dificuldade motora, auditiva, visual, na fala ou emocional?** |
|  |
| **Está em tratamento médico? Se sim, qual tratamento e para que doença?** |
|  |
| **Está fazendo uso de alguma medicação? Qual? Quando encerrará o uso?** |
|  |
| **As vacinas da caderneta de vacinação estão em dia?** |
|  |
| **É acompanhado por algum psicólogo, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo?** |
|  |
| **Em caso de emergência para quem a Escola deve ligar? E em qual número?** |
|  |
| **Em caso de emergência na Escola, a criança será encaminhada para a UPA mais próxima. Existe algum hospital de emergência para o qual o aluno(a) deve ser levado(a) preferencialmente? Qual? *(caso o aluno (a) possua plano de saúde).*** |
|  |
| **Existe alguma outra informação a respeito da saúde do aluno que o responsável queira fazer constar desta ficha?** |
|  |

**DADOS COMPLEMENTARES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Listar os nomes das pessoas autorizadas a realizar a condução e acompanhamento do(a) aluno(a) (chegada e saída da escola) – Maiores de 18 anos.** | | |
| Nome | Grau de Parentesco | Tel: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Sr(a).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsável legal do (a) aluno (a) identificado nesta ficha.

Macapá, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.