

## ANEXO III

### FICHA DE INSCRIÇÃO/MATRÍCULA 2022 - ESCOLA SESC/AP EDUCAÇÃO INFANTIL – MATERNAL/PRÉ I

#### DADOS DO(A) ALUNO(A):

<b>Nome Completo:</b>		
Turma:		
Turno de Preferência:		
Data de Nascimento:		
RG ou Dados da Certidão de Nascimento:		
Nº do CPF:		
NIS (caso beneficiário do bolsa família):		
Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não declarada		
Endereço residencial/CEP:		
Pais casados entre si? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Caso os pais sejam separados ou divorciados, o regime de guarda é compartilhado ou exclusivo de um dos dois? <input type="checkbox"/> compartilhada entre ambos <input type="checkbox"/> da mãe <input type="checkbox"/> do pai <input type="checkbox"/> outro _____		
<b>Nome da Mãe:</b>		
Nº do CPF:		
Local de Trabalho (nome/endereço/telefone):		
E-mail para contato:		
Telefone de Contato (fixo e celular):		
<b>Nome do Pai:</b>		
Nº do CPF:		
Local de Trabalho (nome/endereço/telefone):		
E-mail para contato:		
Telefone de Contato (fixo e celular):		
<b>Tem irmão matriculado na Escola?</b>		
Nome:	Série	Turno
1.		
2.		
3.		
<b>Responsável legal que assinará a autodeclaração e o termo de compromisso: (Nome/CPF)</b>		
Observações:		

### DADOS DE SAÚDE DO(A) ALUNO(A)

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

### DADOS COMPLEMENTARES

<b>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.</b>		
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 2021.