



**ANEXO IV – EDITAL 02/2019 - PROCESSO SELETIVO NOVOS ALUNOS
PCG/Sesc/BAHIA**

MINUTA DE FICHA DE MATRÍCULA – EDUCAÇÃO INFANTIL

FICHA DE MATRÍCULA ESCOLAS SESC BA

Unidade Escolar: _____

DADOS DO(A) ALUNO(A):

| | | |
|--|--|-------|
| NOME COMPLETO | | |
| Grupo escolar para 2020 | | |
| Data de Nascimento | | |
| RG ou dados da certidão | | |
| 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 | | |
| CPF nº | | |
| Local de Trabalho (nome/endereço) | | |
| e-mail para contato | | |
| Telefone de Contato (fixo e celular) | | |
| Nome do Pai | | |
| CPF nº | | |
| Local de Trabalho (nome/endereço) | | |
| e-mail para contato | | |
| Telefone de Contato (fixo e celular) | | |
| Tem irmão matriculado na Escola? | | |
| Nome: | Grupo/Ano | Turno |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| Responsável legal que assinará a autodeclaração e o termo de compromisso? (nome/cpf) | | |
| Nome: | | |



OBSERVAÇÕES:

DADOS DE SAÚDE DO(A) ALUNO(A)

| | |
|--|--|
| É dependente em 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 e para que doença? | |
| Está em uso de alguma medicação? Qual? Quando encerrará o uso? | |
| As vacinas do calendário de vacinação do Ministério da saúde estão em dia ? | |
| É acompanhado por psicólogo, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo? | |
| Em caso de emergência para quem ligar e em qual número ? | |
| Em caso de emergência na escola, será chamado o SAMU. Existe algum hospital ou clínica de atendimento de emergência para o qual deve a ser levado(a) preferencialmente ? qual ? <i>(o custo do atendimento será do responsável)</i> | |
| Existe alguma outra informação a respeito da saúde do aluno que o responsável queira fazer constar desta ficha? | |

DADOS COMPLEMENTARES

| Outras pessoas autorizadas a realizar a condução e acompanhamento do(a) aluno(a) (chegada e saída da escola) | | |
|---|--------------------|------|
| Nome | Grau de Parentesco | Tel: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO ESTADO DA BAHIA

Através da entrega desta ficha abaixo assinada solicito a matrícula do(a) aluno(a) _____ na escola _____, em turma do grupo _____ da educação infantil para o ano letivo de 2020, **ciente de que para efetivação da matrícula são INDISPENSÁVEIS a assinatura da autodeclaração, do contrato de prestação de serviços educacionais e do termo de compromisso. Declaro serem verdadeiras todas as informações por mim prestadas nesta ficha de matrícula e informo ser a responsável legal pelo(a) aluno(a).**

_____, ____ de _____ de 2019

Sr(a). _____
responsável legal do(a) aluno(a) identificado nesta ficha