

Foto
3 x 4
recente

FICHA DE MATRÍCULA

Série _____ Ano _____

DADOS PESSOAIS

Nome da criança: _____
 Possuidor de nome social: _____ Naturalidade (Cid. Est.): _____
 Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Tem irmãos? Quantos? _____
 Endereço da criança: _____
 Telefone: () _____

TELEFONES ALTERNATIVOS

Avós: _____ Fone: () _____
 Vizinhos: _____ Fone: () _____
 Outros: _____ Fone: () _____

FAMÍLIA

Filiação 1: _____
 RG: _____ SSP/ _____ CPF: _____
 Endereço profissional: _____
 Empresa: _____ Telefone profissional: () _____
 Celular: () _____ Email: _____
 Filiação 2: _____
 RG: _____ SSP/ _____ CPF: _____
 Endereço profissional: _____
 Empresa: _____ Telefone profissional: () _____
 Celular: () _____ Email: _____

SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

Tem alergia a medicamentos? Quais? _____
 Tem propensão a ter convulsões? _____
 O que usa em caso de febre?
 () Novalgina (solução oral) () Novalgina (gotas)
 () Tylenol (solução oral) () Tylenol (gotas)
 () Alivium () Outros: _____
 Aonde deve ser levado em caso de urgência? _____
 Tem alergias ou restrições a algum alimento? Quais? _____

Caso a criança tenha alguma demanda diferenciada em relação à alimentação (constipação, alergia alimentar, etc.), favor agendar contato com a nutricionista no início do ano letivo e preencher formulário de restrição alimentar,

A criança está fazendo algum tratamento de saúde ou acompanhamento multiprofissional?

| PROFISSIONAL | NOME | INÍCIO DO TRATAMENTO | CONTATO |
|-----------------------|------|----------------------|---------|
| Psicólogo | | | |
| Fonoaudiólogo | | | |
| Neurologista | | | |
| Psiquiatra | | | |
| Neuropsicológico | | | |
| Psicopedagogo | | | |
| Fisioterapia | | | |
| Terapeuta ocupacional | | | |
| Pediatra | | | |
| Outros | | | |

HABITAÇÃO E VIDA SOCIAL

Com quem mora a criança? _____

Situação atual dos pais do(a) aluno(a): () Casados () Divorciados () Outros: _____

Houve alguma ocorrência importante para a criança ou família antes da entrada na escola? Qual? _____

Como se relaciona com outras crianças? _____

E com adultos? _____

O que espera da escola? Seus objetivos ligando escola-criança:

Observações:

Maceió, _____ de _____ de _____.

Pai, Mãe ou Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. O solicitante, ao informar os dados pessoais acima, inclusive os dados sensíveis, **concorda com o tratamento dos dados informados para fins exclusivamente de cadastro e acompanhamento escolar do aluno beneficiário, sempre visando o seu melhor bem-estar**, o qual somente será tratado na medida do necessário para atingir a sua finalidade.

2. O tratamento de dados será realizado em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18), em especial os princípios da finalidade, adequação, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação no tratamento dos dados.

3. Todos os dados e informações serão tratados como confidenciais, e somente serão utilizados para os fins descritos e autorizados.

4. O titular tem o direito de, a qualquer momento, por meio do modo de contato estipulado, requisitar à Escola Espaço Educar qualquer das informações contidas no artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18).

Maceió, _____ de _____ de _____.

Pai, Mãe ou Responsável



Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____

Faz uso de algum medicamento? Qual?

A criança apresenta alguma(s) das patologias abaixo descritas? Assinale qual(ais)

Diabetes Mellitus: Tipo I () Tipo II ()

Alteração da pressão arterial () _____

Convulsão () _____

Tonturas ou desmaios () _____

Problema cardíaco () Qual? _____

Problema respiratório () Qual? _____

Distúrbio Hormonal () Qual? _____

Alterações dermatológicas () Qual? _____

Cirurgias: Realizou () Irá realizar () Qual? _____

Problema ósseo e/ou articular (): _____

Alergia(s): Respiratória() Dermatológica() Alimentar() Medicamentosa()

Outros: _____

Caso você tenha alguma informação para acrescentar, ou queira detalhar as descritas acima, favor registrar neste espaço:

Atesto para os devidos fins que a criança acima identificada está apta para a prática de atividades físicas (educação física e esportes).

_____/_____/_____
Médico / CRM

OBS.: Esta ficha deve ser entregue no ato da matrícula.



FORMULÁRIO DE RESTRIÇÃO ALIMENTAR

Es pa ço
EDUCAR

Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional médico ou nutricionista, caso a criança tenha diagnóstico ou prescrição médica indicando a necessidade de mudança alimentar.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nome: | Data de Nasc.: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Turma: | Turno: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1. Possui algum tipo de alergia ou intolerância alimentar? Qual(is)?

2. O quadro alérgico manifesta-se a partir de contato com:

() Pele () Ingestão () Cheiro

3. Observações

Maceió, ____/____/____

Assinatura do(a) médico(a) - CRM/
Assinatura do(a) nutricionista - CRN

Caso necessário, será agendado uma entrevista com a nutricionista e os pais ou responsáveis.