



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO
DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

FICHA DE MATRÍCULA

Nº da Matrícula: _____ Data de Matrícula ____/____/____ Ano/Nível: _____

Horário Contratado: das _____ às _____ Qtd de Horas _____

Período Pedagógico _____ (manhã/tarde).

DADOS DO ALUNO

NOME Completo: _____

Nascimento: ____/____/____.

Sexo: () Feminino () Masculino

O aluno mora: () pais () mãe () pai () Outros: _____

Responsável Acadêmico () Mãe () Pai () Outro (grau de parentesco) _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

End. _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade/SP: _____

Cep: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____

E-mail: _____

TELEFONES:

Celular	Residencial	Comercial	Recados
()	()	()	()



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO
DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

Responsável Financeiro () Mãe () Pai () Outro (grau de parentesco) _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

End. _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Cep: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____

E-mail: _____

TELEFONES:

Celular	Residencial	Comercial	Recados
()	()	()	()

PESSOAS AUTORIZADAS A RETIRAR O ALUNO

TRANSPORTE ESCOLAR: () Sim () Não () Outros (especificar nas tabela abaixo):

Nome do Perueiro	RG	Telefone de contato

NOME COMPLETO do Acompanhante	RG	Grau de Parentesco	Telefone
			()
			()
			()



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

Pessoas Proibidas

NOME COMPLETO	Grau de Parentesco

** Na hipótese EXCLUSÃO de qualquer pessoa autorizada a retirar o aluno da escola, os responsáveis ficam cientes de que deverão manter a escola devidamente atualizada de informações.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

FICHA MÉDICA DO ALUNO

1) No caso do (a) aluno (a) necessitar de cuidados médicos, a Escola tomará as providencias abaixo:

a) Entrará em contato com os responsáveis ou com as pessoas abaixo relacionadas:

Nome	Telefone	Grau de parentesco



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

b) Em caso de febre acima de ____ graus, não localizando a (s) pessoa (s) autorizada (a), qual medicamento deverá ser ministrado ao aluno? (por indicação médica)

Nome do Medicamento	Dose

c) Aguardar instruções dos responsáveis para encaminhamento a ser providenciado, se a situação assim o permitir.

d) Se os pais ou responsáveis não forem localizados nos telefones contidos neste documento, a Escola estará desde já autorizada a encaminhar o (a) aluno (a) para o Pronto Socorro mais próximo ou se possível, para:

Nome do Hospital/ Clínica: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Plano de Saúde do Aluno: _____ Nº da Carteirainha _____

OBSERVAÇÕES :

- Na caixa de primeiros socorros na Escola, dispomos dos seguintes medicamentos básicos: Paracetamol gotas, Dipirona gotas, Hirudoid pomada e anticéptico.
- Estou ciente que eventuais despesas médicas serão de inteira responsabilidade da família do aluno.



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO
DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

2) Informo que o aluno é portador de:

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO	DESCONHEÇO
Epilepsia			
Bronquite			
Asma			
Arritma Cardíaca			
Diabetes			
Depende de Insulina			
Alergias			
Favor especificar a alergia:			

3) Teve algum problema de saúde ao nascimento?

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO	DESCONHEÇO
Se sim favor descrever:			

4) Está fazendo algum tratamento de saúde?

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO	DESCONHEÇO
Se sim favor descrever:			



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO
DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

5) Precisa de dieta especial?

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO	DESCONHEÇO
Se sim favor descrever:			

Serviços Extras Contratos:

Descrição	SIM	NÃO	Valores
Matrícula			
Almoço			
Jantar			
Cantina () ½ período () integral			
Ballet			
Judô			
Natação () 1xsemana () 2xsemana			
Instrumentos (aulas de 45 min. Em dupla)			

- Os pais que contratam serviços extracurriculares como: Ballet, Judô e Natação após 30 dias de inadimplência esses serviços são cancelados e o aluno (a) não poderá frequentar tais aulas.



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO
DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

DADOS FINANCEIROS

Como contra prestação dos serviços prestados referentes ao ano letivo de 20____.

O responsável financeiro obriga-se a pagar a Escola ____ parcelas mensais de:
R\$ _____ (_____) com

desconto de _____ até a data do vencimento e final da vigência do contrato (Anexo I) deste documento.

Data de **vencimento** mensal das parcelas: _____ dia de cada mês.

**** OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:** Caso exista desistência por parte dos contratantes com relação a Matrícula / Rematrícula o valor equivalente será ressarcido em até 7 dias úteis descontando 20% (vinte por cento) referente a despesas administrativas.

CONTRATADA
COLÉGIO INTERAÇÃO LTDA
CNPJ: 14.396.100/0001-93

CONTRATANTE (Responsável Financeiro)
Nome: _____
RG: _____
CPF: _____

TESTEMUNHA 1
Nome: _____
RG: _____
CPF: _____

TESTEMUNHA 2
Nome: _____
RG: _____
CPF: _____

São Paulo, ____ de _____ de 20____.



CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO
DE EDUCAÇÃO NA REGIÃO!

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EFETIVAÇÃO DE MATRÍCULA / REMATRÍCULA

Qtd Cópias	DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS	OK de entrega	Data
01	RG ou Certidão Nascimento do Aluno		
01	Foto 3X4 atual do aluno		
01	Carteira de Vacinação do aluno		
01	Carteirinha do Plano de Saúde do aluno (vigente)		
01	Termos de quitação de débitos da escola anterior		
01	Histórico escolar*		
01	CPF dos Pais / Responsáveis		
01	RG dos Pais / Responsáveis		
01	RG e CPF do responsável financeiro (caso necessário)		
01	Comprovante de endereço dos pais / responsáveis.		
01	Comprovante de endereço do responsável financeiro (caso necessário)		
01	Atestado Médico – para aptidão de execução das aulas Educação Física		