Espaço EDUCAR

Ficamos felizes em receber seu filho em nossa escola!



Aqui, vamos começar uma jornada inesquecível!

Se ainda não preencheu o Cadastro de Interesse, solicitando uma vaga, **clique aqui**.

Para fazer a matrícula, você precisará ter a seguinte documentação em PDF ou foto com boa qualidade:

- 1 foto recente do(a) rosto(a) da criança;
- Certidão de Nascimento;
- CPF da criança;
- Comprovante de Residência (com data recente);
- Cartão de Vacinas e do plano de saúde;
- Carteira de Id. Nacional (CIN) e CPF do pai e da mãe (caso o Responsável Financeiro seja outro, cópia dos documentos dele também);
- Declaração de quitação e escolaridade (para alunos oriundos de outras escolas);
- Histórico Escolar (a partir do 1º ano do Ensino Fundamental);

Confira abaixo arquivos que devem ser anexados no ato da matrícula:

- Ficha Médica e Nutricional assinada por um(a) médico(a);

Você vai precisar preencher e anexar estes documentos ao sistema no período de matrícula (4 a 18 de dezembro).

Faça a impressão do arquivo abaixo: Ficha Médica e Nutricional

FICHA MÉDICA E NUTRICIONAL

Espaço EDUCAR

Nome completo da criança: _____ Data de Nasc.: ___/___/___

Turma/Turno: _____ Peso: _____ Altura: _____

Faz uso de algum medicamento? Qual?

_____

Que doenças teve até o momento? _____

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 ( ) _____

Tem algum problema de visão ( ) _____

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 ( ) Medicamentosa ( )

Caso tenha, especificar: _____

O aluno apresenta alguma necessidade educacional específica (NEE)? Qual? _____

_____

Faz algum tratamento de saúde, acompanhamento multiprofissional ou está em processo de avaliação? Se sim, informar especialidade do profissional (Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional, etc.)?

Nome do profissional: _____

Início do tratamento: _____

Contato: _____

Possui algum tipo de alergia e/ou intolerância alimentar? Se sim, qual(is)? _____

_____

_____

O quadro alérgico e/ou de intolerância manifestam-se a partir de:

( ) Contato com a pele ( ) Ingestão ( ) Cheiro

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 e atualizada todo ano.