



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
COORDENADORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE TIMBÓ  
ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL "POLIDORO SANTIAGO"

FICHA DE MATRÍCULA – Ano Letivo de 2021

Ano/Série: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)**

Nome do(a) estudante: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de expedição: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Cor: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena. ( ) Não declarado

Vacinas em dia? ( ) Sim ( ) Não WhatsApp do(a) estudante: \_\_\_\_\_

Possui restrições/intolerâncias/alergias? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
(Necessário apresentar atestado médico)

Necessidades Especiais, quais? \_\_\_\_\_  
(Necessário apresentar atestado médico)

Faz uso de algum medicamento de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo? \_\_\_\_\_ Possui Plano de Saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Qual a denominação religiosa de sua família? \_\_\_\_\_

Possui computador? ( ) Sim ( ) Não Possui internet? ( ) Sim ( ) Não Recebe Bolsa Família? ( ) Sim ( ) Não

**ENDEREÇO DO(A) ESTUDANTE**

Rua: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Tipo de moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida

Zona de moradia: ( ) Urbana ( ) Rural Distância da residência até a escola: \_\_\_\_\_

**DADOS DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELO(A) ESTUDANTE**

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Fone trabalho: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Fone trabalho: \_\_\_\_\_

Se o responsável pelo(a) estudante não for pai/mãe conforme certidão de nascimento, deverá ser apresentado documento oficial que comprove a legalidade da responsabilidade.

Em caso de emergência falar com: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Verso

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_  
(Nome completo do responsável)

declaro que sou responsável legal pelo(a) estudante identificado nesta ficha de matrícula e estou ciente que deverei CUMPRIR as normas estabelecidas no Regimento Interno e no Projeto Político Pedagógico, demais determinações da escola e as decisões do Conselho Deliberativo, concordando com as penalidades previstas, no caso do não cumprimento, especialmente em:

- a) Uso do UNIFORME ESCOLAR de verão e o de inverno que é de uso obrigatório e diário na escola ou quando representa-la. (exceto em período de aulas não presenciais);
- b) Adquirir o material escolar solicitado pela escola;
- c) Respeitar o horário de entrada e saída das aulas;
- d) Justificar as faltas através de comunicados ou atestados médico num prazo de 24h;
- e) Comparecer às reuniões, entregas de boletins, eventos, reuniões virtuais e a qualquer convocação da Direção ou professores.
- f) Buscar o(a) aluno(a) no horário correto, sem atrasos, evitando problemas desnecessários. Entre 11h 30min e 13h ou após às 17h, a escola não se responsabilizará pelos alunos, sendo exclusiva responsabilidade dos pais sobre quaisquer problemas ocorridos. Em caso de atraso não frequente, comunicar a escola em tempo hábil.
- g) Durante o período de aulas não presenciais, entregar as atividades solicitadas pelos professores dentro dos prazos estabelecidos;
- h) Manter os dados cadastrais atualizados.

Também AUTORIZO:

- a) O(A) estudante a participar das aulas de Educação Física, responsabilizando-me por sua condição física e, se for o caso, apresentando atestado médico quanto à impossibilidade da participação do(a) aluno(a) às aulas.
- b) O uso da imagem, da voz e da produção intelectual do(a) estudante pela escola para divulgação das atividades escolares em qualquer mídia.

Estou CIENTE que, no caso de intolerâncias ou restrições alimentares, deverei apresentar atestado médico, visando à oferta correta da alimentação escolar.

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

Assinatura do(a) responsável: \_\_\_\_\_

Número de WhatsApp do(a) responsável: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES:**

1. Preencher e assinar os campos solicitados.
2. Fazer a Contribuição Espontânea para a APP de R\$ 10,00.
3. Caso tenha algum tipo de alergia, intolerância ou restrição alimentar, o atestado médico deverá ser apresentado até dia 12/02/21.