



## REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – 2025

**Sr. Diretor, venho por meio deste, requerer a matrícula do (a) meu (minha) filho (a), para o ano letivo de 2025, declarando que aceito as disposições do Contrato de Prestações de Serviços Educacionais e do Regimento Interno deste estabelecimento de ensino e que os dados preenchidos no questionário abaixo são verdadeiros e de minha inteira responsabilidade, portanto, pelo deferimento.**

### 1. Material didático:

- Ensino Fundamental I Ano:  Turno: Matutino  
 Ensino Fundamental II Ano:  Turno: Matutino  
 Ensino Médio Série:  Turno: Matutino

### 2. Material didático:

Vou comprar o material didático do Fundamental I:  Sim  Não

Vou comprar o material didático do Fundamental II:  Sim  Não

### 3. Identificação do aluno:

Nome:   
Data de Nascimento:  Nacionalidade:  Sexo:  F  M  
Naturalidade:  UF:  CPF:   
Certidão de nascimento:   
RG:  Data da expedição:  Órgão Expeditor:   
Endereço:  Bairro:   
Município:  UF:  CEP:   
Telefone fixo:  Telefone celular:   
E-mail:

### 4. Situação dos pais:

Casado  Divorciado  Separado  Pai  Mãe  Solteiro



### 5. Identificação da família:

**Nome do Pai:**

Data de Nascimento:  Naturalidade:  UF:

RG:  Órgão Expedidor:  CPF:

Endereço residencial:

Bairro:  Município:  UF:

CEP:

Telefones: Celular:  Residencial:  Comercial:

E-mail

Estado Civil:  Escolaridade:

Profissão:

**Nome da Mãe:**

Data de Nascimento:  Naturalidade:  UF:

RG:  Órgão Expedidor:  CPF:

Endereço residencial:

Bairro:  Município:  UF:

CEP:

Telefones: Celular:  Residencial:  Comercial:

E-mail

Estado Civil:  Escolaridade:

Profissão:

### 6. Identificação do responsável financeiro:

**Nome:**

Data de Nascimento:  Naturalidade:  UF:

RG:  Órgão Expedidor:  CPF:

Endereço residencial:

Bairro:  Município:  UF:

CEP:

Telefones: Celular:  Residencial:  Comercial:

E-mail

Estado Civil:  Escolaridade:

Profissão:



**7. Levantamento de necessidades do aluno:**

O aluno é uma pessoa com necessidades especiais?  Não  Sim. Quais?

Se a resposta for sim, informe o tipo de necessidade:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Visual                 | <input type="radio"/> Transtorno do Espectro Autista |
| <input type="radio"/> Auditiva               | <input type="radio"/> Múltipla                       |
| <input type="radio"/> Física                 | <input type="radio"/> Outra (s)                      |
| <input type="radio"/> Psíquica / Intelectual |  |

Se a necessidade especial não foi citada acima, especifique:

Quais adaptações são necessárias para o aluno executar suas tarefas com autonomia e segurança no ambiente escolar?

**8. Dados relativos à saúde:**

Alergia a Medicamentos?  Não  Sim. Quais?

Faz uso de medicamentos regulares?  Não  Sim. Quais?

Tratamentos médicos em realização?  Não  Sim. Quais?

Medicamento para febre alta (informar dosagem):

Possui plano de saúde?  Não  Sim. Qual?

Observações médicas:

COLÉGIO FAMÍLIA DE NAZARÉ  
CNPJ: 27.929.089/0002-02  
Resolução CEE/CEB N. 352/2020 e N. 568/2022  
Rua Pena Chaves, Qd. 19, Lt. 09 Vila Nova Canaã  
CEP 74415-410 Goiânia Goiás  
Telefone: ☎ (62) 3609-6207/ 3609-6405  
secretaria@familiadenazare.com.br



Alergia a Alimentos?  Não  Sim. Quais?

**9. Autorização de saída do aluno:**

Autorizo meu filho:   
Do/a  ano/série do  F1  F2  EM  
A sair do colégio:  Desacompanhado  Acompanhado de:  Pai  Mãe  Irmão  Outro  
Se "Outro" Nome:  CPF:

**10. Proibição legal:**

Existe alguma proibição legal que impeça o aluno a ter contato com um dos cônjuges?  
 Sim  Não

**Em caso afirmativo, anexar cópia do documento comprobatório.**

Goiânia,  de  de

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável