



Anexo II

Parte Integrante do Termo Aditivo de Cláusulas Complementares - Ano 2018

Cadastro de Matrícula

Obs.: Para preenchimento pelo responsável

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome criança: _____

Como gosta de ser chamado: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Cidade: _____ Sexo: F () M () Naturalidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Casa () Apartamento () Nº _____ Bloco: _____ Referência (fica próximo a): _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Religião da família: _____

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome do pai: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Nº RG.: _____ Nº CPF.: _____

E-mail para contato: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____

Escolaridade:

() 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau incompleto () 3º Grau completo () Outros. Especifique: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Telefone comercial: _____ Horário de trabalho: _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Nº RG.: _____ Nº CPF.: _____

E-mail para contato: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____

Escolaridade:

() 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau incompleto () 3º Grau completo () Outros. Especifique: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Telefone comercial: _____ Horário de trabalho: _____

3. RESPONSÁVEL ACADÊMICO

() Mãe () Pai () Outro: _____

Grau de parentesco: _____

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

E-mail para contato: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____

Escolaridade: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau completo () 3º Grau incompleto

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Telefone Comercial: _____ Horário de trabalho: _____

Pais: () moram juntos () moram separados

Filho: () biológico () adotivo () ciente da adoção

4. NASCIMENTO/SAÚDE

Condições do parto: Normal () Cesariana () Observações: _____

Engatinhou: () Sim () Não

Idade em que andou: _____ Idade em que falou: _____

A criança apresenta algum problema de saúde? () Sim () Não

Está sob cuidados médicos atualmente? _____

Especifique qual (is) problema(s) e que cuidados são necessários com a criança: _____

É alérgico? () Sim () Não Cite que produtos e/ou materiais provocam a sua alergia: _____

Quais são os sintomas apresentados quando em crise alérgica? _____

A criança já teve convulsão e/ou ainda têm? () Sim () Não

Quando? _____

Qual a causa da convulsão: _____

A criança apresenta alguma deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação:

() Sim () Não. Em caso afirmativo especifique: _____

A criança é assistida por equipe multidisciplinar: () Sim () Não

Especifique os profissionais: _____

Utiliza medicamentos controlados: () Sim () Não Especifique: _____

Assinale as doenças infecto-contagiosas que a criança já teve: () Sarampo () Catapora () Cachumba

() Hepatite () Rubéola () Outra(s). Citar: _____

Algo a comentar sobre:

Visão da criança: () Sim () Não. Comente: _____

Audição da criança: () Sim () Não. Comente: _____

Linguagem da criança: () Sim () Não. Comente: _____

Em caso de urgência chamar: () Pai () Mãe

Plano de Saúde: _____ Tipo Sanguíneo: _____

5. INFORMAÇÕES SOBRE PERSONALIDADE/COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

Descrição do temperamento: () Tímida () Agressiva () Dócil () Teimosa

Apresenta choro fácil: () Sim () Não

Atende prontamente as solicitações: () Sim () Não
Reconhece o adulto como autoridade: () Sim () Não
Sabe repartir com os outros: () Sim () Não
Gosta de brincar com outras crianças: () Sim () Não

Tem facilidade em fazer amigos: () Sim () Não

Brincadeiras preferidas: _____

Demonstra responsabilidade com seus brinquedos: () Sim () Não

Assiste televisão: () Sim () Não

Tipo de programação: _____

Qual a relação que a criança possui com os meios de comunicação e com a tecnologia (televisão, cinema, teatro, vídeo game, computador, revistas, livros, internet)? _____

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Escola de origem: () Escola Santa Emília – Educação Infantil Outra escola: _____

Quanto tempo estudou na escola de origem? _____

Como chegou à Escola Santa Emília? _____

7. INFORMAÇÕES EXTRAS

Observações que considera importante acrescentar: _____

Entrevistado: _____ Entrevistador: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

_____, ____/____/____