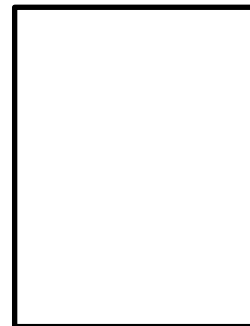


A Escola Natureza
Senhora Diretora,



1. IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS - FINANCEIROS

1ª Responsável Financeiro: () Pai () Mãe () Outro		Nacionalidade:	
Nome:			
Profissão:	CPF:	RG:	
Endereço:		Nº	Compl.:
Bairro:	Cidade/UF:	CEP:	
Tel. Residencial:	Celular:	Tel. Comercial:	
E-mail:		Data Nascimento:	
Estado Civil:	Renda mensal: R\$	Natural De:	
Empresa Onde Trabalha:		Cargo:	
Endereço Comercial:		Nº:	Bairro:
Cidade/UF:	Cep.	Tempo de Empresa:	
2ª Responsável: () Pai () Mãe () Outros		Nacionalidade:	
Nome:			
Profissão:	CPF:	RG:	
Endereço:		Nº	Compl.:
Bairro:	Cidade/UF:	CEP:	
Tel. Residencial:	Celular:	Tel. Comercial:	
E-mail:		Data Nascimento:	
Estado Civil:	Renda mensal: R\$	Natural De:	
3ª Responsável: () Pai () Mãe () Outros		Nacionalidade:	
Nome:			
Profissão:	CPF:	RG:	
Endereço:		Nº	Compl.:
Bairro:	Cidade/UF:	CEP:	
Tel. Residencial:	Celular:	Tel. Comercial:	
E-mail:		Data Nascimento:	
Estado Civil:	Renda mensal:	Natural De:	
Responsável Financeiro mora em: Casa Própria () Alugada () Cedida ()			
Renda (unificada) familiar mensal: R\$ _____			
<u>Informações Matrícula:</u>			
Grupo: _____ Turno: _____ Outras Informações: _____			
Tuno Integral: () Sim () Não () Talvez			

2. IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO/ALUNO(A):

Nome do aluno (a):			
Data Nascimento:	Idade Atual:	Naturalidade:	
Endereço do Aluno:			
Bairro:	N°	Cep.	Cidade/UF:
ESCOLAS FREQUENTADAS ANTERIORMENTE NOS ÚLTIMOS 4 ANOS			
Ano:	Nome:	Cidade/UF:	Série:
Ano:	Nome:	Cidade/UF:	Série:
Ano:	Nome:	Cidade/UF:	Série:
Ano:	Nome:	Cidade/UF:	Série:

3. INFORMAÇÕES FAMILIARES:

O aluno possui irmãos? _____ Se sim, quantos? _____ Que lugar ocupa entre eles (1º, 2º, caçula?) _____.

Tem irmãos que estudam na Escola Natureza? _____ Qual o nome? _____

Qual a situação familiar dos pais? () Casados () Separados () Viúvo (a) () Outra

Se pais separados, quem tem a guarda do aluno (a)? _____

Se o aluno não residir com os pais, com quem reside? _____

A criança é adotada? () Sim () Não - Caso a resposta seja sim, ela tem conhecimento? _____

Os pais ou responsáveis costumam frequentar as reuniões da escola? () Sim () Não () Às Vezes

4. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O aluno (a) faz algum tratamento médico? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

Alguma necessidade especial ou doença que necessite cuidados diferenciados? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

Tem algum tipo de alergia? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

Faz algum acompanhamento pedagógico, psicopedagógico ou psicológico () Sim () Não

Cite-os: _____

O aluno possui alguma necessidade física? () Sim () Não

Cite-as: _____

O aluno tem alguma dificuldade na fala? () Sim () Não () Não Sei

Há algum impedimento para que seu filho pratique educação física ou atividades esportivas?

() Sim () Não Quais? _____

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quais as razões que o levaram a escolher a Escola Natureza? () Estrutura () Localização () Atendimento () Metodologia () Valor da mensalidade () Outros:

Como conheceu a Escola Natureza? () Indicação () Outdoors () Revista () Google () Site () Placas de Rua () Redes Sociais.

6. ASSINALE O QUE SE ENQUADRA EM RELAÇÃO AO ALUNO (A):

1. Mostra-se sempre calado as refeições? Sim () Não () Obs: _____
2. Costuma sempre contar as novidades da escola? Sim () Não () Obs: _____
3. Gosta de música, passeio, televisão etc.? Sim () Não () Obs: _____
4. Gosta ou pratica algum esporte? Sim () Não Qual? _____
5. Tem grupos de amigos? Sim () Não () Obs: _____
6. Tem grande capacidade de observação das situações familiares? Sim () Não ()
7. Aceita passivamente as ordens dos pais? Sim () Não () Obs: _____
8. Utiliza computador frequentemente? Sim () Não () Obs: _____
9. Costuma ler revista e jornais? Sim () Não () Obs: _____
10. Costuma ler romances ou livros similares? Sim () Não () Obs: _____

7. MARQUE SE JÁ OCORREU OU OCORRE COM O ALUNO (A):

() Sarampo () Acidentes () Catapora () Convulsões () Coqueluche () Pneumonia () Deficiência Auditiva () Reumatismo () Deficiência Visual () Resfriado Frequente () Outros, Descreva: _____

8. ASPECTOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO AO ALUNO (A):

É agitado?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
Tem insônia?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
Tem medo excessivo?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
É agressivo?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
É ciumento?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
Chora com facilidade?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
É sensível demais?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
É tímido?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
Irrita-se com facilidade?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
É indeciso?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()
Adapta-se com facilidade?	Sim ()	Não ()	Às vezes ()

9. NASCIMENTO E EVOLUÇÃO

1. **Tipo de Nascimento:** Parto Normal () Cesariana () Fórceps ()
2. **Marcha:** Normal () Retardada () Dificuldades ()
3. **Enurese:** (Urinar na Cama) Sim () Não () Até que idade? _____
4. **Onicofagia:** (Roer Unhas) Sim () Não ()
5. **Sonambulismo:** Sim () Não ()
6. **Linguagem Oral:** Normal () Tardia () Dificuldades () quais? _____

10. SOCIABILIDADE DO ALUNO (A)

Quais as atividades preferidas do aluno (a)?

Cite algumas de suas preferências (Ou Desejos):

11. ATENÇÃO!!!!

É de suma importância informar à escola, todo “problema” referente ao beneficiário (aluno), para que o trabalho pedagógico seja voltado às necessidades do mesmo.

Declara(m), por igual, estar(em) ciente(s) de que o deferimento da matrícula ora pleiteada está condicionada à existência de vaga, a apresentação de **toda documentação exigida**, bem como à verificação das demais condições expressas na legislação de ensino.

Em caso de deferimento do pedido, afirma(m) estar ciente(s) de que a concretização da matrícula dependerá da assinatura do Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar e o pagamento da primeira mensalidade referente a matrícula.

1. O Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar será elaborado nos termos e condições estabelecidos pela Escola, respeitada a legislação vigente no ato de sua assinatura.

2. Ocorrendo o **indeferimento** do pedido, o Estabelecimento de Ensino irá devolver os documentos fornecidos para análise.

3. A matrícula somente será efetivada se:

- a) o Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar for assinado pelos responsáveis pelo aluno;
- b) se a primeira parcela da anuidade (estipulada matrícula) estiver integralmente quitada;
- c) se for apresentada toda a documentação exigida pelo estabelecimento de ensino.

4. O período para efetivação da matrícula será no prazo máximo **07 dias corridos, após requerimento deferido**. Ultrapassando esse limite, ficará sujeito a avaliação de vagas. **A criança beneficiária necessitará estar presente no ato da entrega do requerimento de matrícula, para entrevista com o serviço de coordenação.**

5. A escola não se responsabiliza pela vaga do aluno que não efetuar a matrícula no prazo acima determinado.

6. O presente requerimento de matrícula **não substitui** o Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar, nem a efetivação da matrícula.

Com relação ao BENEFICIÁRIO acima identificado, o(s) Requerente(s) declara(m):

- Goza de boa saúde, não fazendo uso de quaisquer medicamentos? () Sim () Não
- Faz uso de medicamentos regulares? () Sim () Não

Em caso positivo, quais são os medicamentos? _____

- Tem necessidade de utilização de equipamentos especiais? () Sim () Não

Em caso positivo especifique qual mão-de-obra e/ou acompanhamento especializado?

O responsável Financeiro – Contratante citado acima, vem solicitar a matrícula do beneficiário (a) neste Estabelecimento de Ensino. Nesses termos, pede deferimento.

Para tanto, declaram que concordam com as normas Regimentais e Projetos Pedagógicos do estabelecimento de ensino.

Salvador, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do pai ou responsável

Deferido

Indeferido

_____/_____/_____
Gestor Responsável

_____/_____/_____
Secretária Responsável

