

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA
Sr.(a) Diretor(a) do Colégio Eduardo Gomes

DADOS DO(A) ESTUDANTE	C.G.M. _____
------------------------------	---------------------

Nome: _____
 RG (estudante): _____ CPF (estudante): _____
 Data de nascimento: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ País: _____ Nacionalidade: _____
 Raça / Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena Não Declarada
 Endereço: _____
 Complemento: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Telefone residencial: _____ Celular (estudante): _____
 E-mail do estudante: _____

***Preencher conforme consta na certidão de nascimento do(a) aluno(a).**

FILIAÇÃO	*Nome do Pai: _____ *Nome da Mãe: _____
-----------------	--

DADOS DO(S) RESPONSÁVEL(IS)

Nome: _____
 Parentesco: PAI MÃE
 Data de nascimento: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ País: _____ Nacionalidade: _____
 RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____
 Endereço: _____
 Complemento: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____ Celular: _____
 Profissão: _____ E-mail: _____

Nome: _____
 Parentesco: PAI MÃE
 Data de nascimento: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ País: _____ Nacionalidade: _____
 RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____
 Endereço: _____
 Complemento: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____ Celular: _____
 Profissão: _____ E-mail: _____

vêm, pelo presente, requerer a V.S.^a sua **MATRÍCULA** no(a) ano/série: _____

Educação Infantil Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) Ensino Fundamental (6º ao 9º ano) Ensino Médio

Período pedagógico

Manhã Tarde

Período complementar*

Semi-integral Integral

***Atenção: Observar os valores para o período SEMI-INTEGRAL e INTEGRAL no Contrato de Prestação de Serviços de Ensino e Educação de 2025.**

ESCOLHA DE ITINERÁRIOS* – 2025

***Somente para os(as) estudantes que cursarão o Ensino Médio em 2025**

Assinale o Itinerário que o(a) estudante cursará em 2025 (somente uma opção).

- Núcleo de Estudos de Linguagens e Humanidades + Núcleo acadêmico comum
- Núcleo de Estudos de Ciências da Natureza + Núcleo acadêmico comum

HORÁRIOS - 2025

Educação Infantil	Tarde	Semi-integral	Integral
	Nível I e Nível II 13h10min – 17h40min	9h30min – 17h40min	7h40min – 17h40min

Ensino Fundamental	1º ao 5º ano	Manhã	Tarde	Semi-integral	Integral
		7h20min – 12h	13h10min – 17h50min	7h20min – 15h40min 9h30min – 17h50min	7h20min – 17h50min
6º ao 9º ano	Manhã	Tarde	Semi-integral	Integral	
	7h – 12h30min	13h – 18h30min	7h – 15h30min 10h – 18h30min	7h – 18h 7h30min – 18h30min	

Ensino Médio	Manhã
	7h – 12h30min/13h30min

Dados do responsável legal pela guarda do(a) estudante, em casos excepcionais (a pessoa com Termo de Guarda Definitiva)

Nome do Responsável legal: _____

Data de nascimento: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____ Nacionalidade: _____

RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____ Celular: _____

Profissão: _____ E-mail: _____

Assinatura do Responsável Legal

Os requerentes declaram-se cientes dos termos do regimento escolar interno, dos procedimentos financeiros e dos termos do “Contrato de Prestação de Serviços de Ensino e Educação - 2025”, que regerão seu vínculo com o Colégio.

São Caetano do Sul, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável (Pai)

Assinatura do Responsável (Mãe)

QUESTIONÁRIO INFORMATIVO - (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) - 2025

Dados Gerais

Nome do(a) Estudante: _____ Ano / Série: _____

 Educação Infantil Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) Ensino Fundamental (6º ao 9º ano) Ensino Médio**PERÍODO****Período pedagógico** Manhã Tarde**Período complementar** Semi-integral Integral

Tipo sanguíneo: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ m

Possui convênio médico? Não Sim – Qual? _____**TELEFONES**

Residencial:

PARENTESCO: PAI () MÃE () RESP. LEGAL()**PARENTESCO: PAI () MÃE () RESP. LEGAL()**

Nome:

Nome:

Celular:

Celular:

Comercial:

Comercial:

Em caso de emergência, entrar em contato com:

Nome: _____ Telefone: _____ Parentesco: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DO(A) ESTUDANTEEstá em tratamento médico no momento? Não Sim – De quê? _____Toma algum medicamento de uso contínuo? Não Sim – Qual? _____A carteira de vacinação está atualizada? Não Sim**Tem:** Asma Diabetes Deficiência intelectual Deficiência auditiva Epilepsia Hemofilia Deficiência física Deficiência visual Hipertensão Doença congênita. Qual? _____ Nenhum Alergias. Qual? _____ Outras _____

SIM NÃO

SIM NÃO

Restrições alimentares Intolerância à lactose Outros Intolerância ao glúten Quais? _____Intolerância ao açúcar

SIM NÃO

Em datas festivas, comemorações de aniversários no Colégio e nas atividades realizadas na cozinha experimental, o(a) estudante poderá consumir os alimentos listados?

Bolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Açúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorvete com leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações: _____

Em caso de dor/febre, você autoriza o(a) estudante a tomar remédio conforme receita médica do ano vigente?

Não Sim - Especificar: _____

Alergia a medicamentos? Não Sim - Especificar: _____

***Observações**

- No ato da (re)matrícula, é obrigatória a entrega de uma declaração/receita médica com o nome e a dosagem do medicamento que o estudante poderá tomar em caso de dor/febre/cólica. Se o estudante for alérgico a alguma substância, essa informação também deverá constar da declaração. O Colégio não medicará estudantes que não tenham essa declaração no prontuário.
- De acordo com a lei número 17.252, de 17 de março de 2020, no ato da rematrícula, é obrigatória a entrega da cópia da Carteira de Vacinação do estudante atualizada.
- Quando o estudante tiver medicamentos para tomar no horário das aulas, será necessária a apresentação da receita médica. As embalagens deverão ser identificadas com o nome do estudante, a dosagem e o horário e entregues pelo responsável para o professor da sala / Recepção, para que sejam devidamente ministrados.
- Doenças infectocontagiosas: os estudantes acometidos por doenças infectocontagiosas ficam impedidos de frequentar o Colégio, tendo sua frequência restabelecida, normalmente, logo que apresentem declaração médica comprovando a ausência de perigo de contágio.
- Em casos de emergência (acidente ou mal súbito, ocorrido no horário de aula e nas dependências do Colégio), os pais e/ou responsáveis serão acionados, com a máxima brevidade; o Colégio tomará, de imediato, as providências que julgar necessárias para atendimentos de primeiros socorros, incluindo a chamada de 192 ou 193. O tratamento posterior ou complementar ficará a cargo dos pais e/ou responsáveis.
- Os atendimentos realizados no Colégio são apenas para alívio imediato e/ou encaminhamento ao pronto-socorro.
- Quaisquer alterações nos dados acima deverão ser comunicadas, por escrito, ao Colégio.
- Declaro estar ciente das condições acima.
- Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autênticas, ficando ciente de que a falsidade configura crime passível de apuração e responsabilização. Declaro ainda que me comprometo a atualizar as informações prestadas, em caso de qualquer alteração do conteúdo acima declarado.

Data: ____ / ____ / ____

Nome e RG do responsável pelo preenchimento deste formulário.

Nome completo: _____ RG: _____

Assinatura

AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA - 2025

Nome do(a) Estudante: _____ Ano / Série: _____

 Educação Infantil
 Ensino Fundamental (1º ao 5º ano)
 Ensino Fundamental (6º ao 9º ano)
 Ensino Médio
PERÍODOPeríodo pedagógico
 Manhã
 Tarde
Período complementar
 Semi-integral
 Integral

TELEFONES	
Residencial:	
PARENTESCO: PAI () MÃE () RESP. LEGAL()	PARENTESCO: PAI () MÃE () RESP. LEGAL()
Nome:	Nome:
Celular:	Celular:
Comercial:	Comercial:

Após o período de aulas, o(a) estudante acima identificado

- TEM AUTORIZAÇÃO (**CRACHÁ AZUL**) para sair sozinho(a) de qualquer dependência do Colégio.
 NÃO TEM AUTORIZAÇÃO (**CRACHÁ LARANJA**) para sair sozinho(a) do Colégio.

“Crachá laranja”: as únicas pessoas autorizadas a buscá-lo(a) no Colégio são as relacionadas abaixo:
(INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS)

Nome completo	C.P.F.	Parentesco	Assinatura

TRANSPORTE ESCOLARO aluno utiliza transporte escolar? Sim Não

Nome do transportador autorizado: _____

Telefone do transportador: _____

Observações

- O crachá, de **USO OBRIGATÓRIO**, é um documento indispensável para a identificação do(a) estudante e tem validade para o **ano letivo de 2025**, sendo imprescindível seu uso para a entrada e a saída normal das aulas, aulas adicionais e de reforço, esportes, biblioteca, excursões e jogos.
- Os pais devem informar, pessoalmente, na Recepção do Colégio, por escrito, por *e-mail*, ou através da agenda (ou *planner*), quando seus filhos necessitarem sair antes do término das aulas.

3. Estudantes com “crachá azul” terão autorização para saídas antecipadas, desde que atendido o que consta do item 2.
4. Estudantes com “crachá laranja” terão autorização para saídas antecipadas, desde que atendido o que consta do item 1, e só sairão do COLÉGIO acompanhados de pessoas previamente autorizadas e que constarem indicadas no presente formulário.
5. O COLÉGIO não autoriza saídas antecipadas quando solicitadas por telefone.
6. Sob pena de isenção de responsabilidade, o Colégio deverá ser informado, por escrito, das hipóteses em que o pai ou a mãe forem impedidos por “**determinação judicial**” de retirar o filho do COLÉGIO, ou ainda se outra pessoa exercer a guarda do aluno mediante “**decisão judicial**”.
7. Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha de informações deverão ser imediatamente comunicadas à Secretaria, por escrito.
8. As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis identificados a seguir:

Data: _____ / _____ / _____

Nome completo: _____ RG: _____

Assinatura do Responsável

Nome completo: _____ RG: _____

Assinatura do Responsável