



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO
COORDENADORIA SETORIAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA

FICHA DE MATRÍCULA - EDUCAÇÃO INFANTIL

RA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

1- NOME DO ALUNO: _____ 2- SEXO: _____
 1. Masculino
 2. Feminino

3- LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE): _____ 4- ESTADO: _____ 5- DATA NASCIMENTO: _____

6- NACIONALIDADE: _____ 7- CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº: _____ 8- LIVRO: _____ 9- FOLHA: _____ 10- RG: _____

11- ETNIA
 1 - Branca 3 - Amarela
 2 - Preta 5 - Indígena
 3 - Parda 6 - Não declarada

12 - DEFICIÊNCIA/TRANSTORNOS GLOBAIS DE DESENVOLVIMENTO/ALTAS HABILIDADES
 1 - Cegueira 5 - Surdo-cegueira 9 - Síndrome de Down
 2 - Baixa visão 6 - Deficiência física 10 - Deficiência múltipla
 3 - Surdez severa 7 - Deficiência mental 11 - Condutas típicas
 4 - Surdez moderada 8 - Autismo

13 - PROGRAMAS SOCIAL
 1 - Renda Mínima 4 - Renda Família
 2 - PETI 5 - Renda Cidadão
 3 - Bolsa Família 6 - Outros

FILIAÇÃO:

14- NOME DA MÃE: _____

15- LOCAL DE TRABALHO: _____ 16- TELEFONE: _____

17- NOME DO PAI: _____

18- LOCAL DE TRABALHO: _____ 19- TELEFONE: _____

ENDEREÇO DO ALUNO:

20- RUA/AVENIDA/ALAMEDA/TRAVESSA, ETC: _____

21- Nº: _____ 22- COMPLEMENTO: _____ 23- BAIRRO: _____

24- CEP: _____ 25- CIDADE: _____ 26- CÓDIGO CONSUMIDOR SANASA: _____

27- TELEFONE RESIDENCIAL: _____ 28- TELEFONE CELULAR: _____ 29- TELEFONE PARA RECADOS (FALAR COM): _____

SOLICITO A (S) MATRÍCULA (S) E RENOVAÇÃO (ÕES DE ACORDO COM AS NORMAS DESTA UNIDADE ESCOLAR:

MOVIMENTAÇÃO DO ALUNO

ANO	CLASSE					REMANEJAMENTO	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	DIRETOR	
	AG	TURMA	M	T	I			DESPACHO	VISTO

30- CENTRO DE SAÚDE: _____ 31- Nº DO PRONTUÁRIO NO CENTRO DE SAÚDE: _____

32- PROBLEMAS DE SAÚDE: _____

33- PESSOAS AUTORIZADAS A RETIRAR O ALUNO DA ESCOLA:	RG	TELEFONE
NOME		

34- DATA DA MATRÍCULA: _____
 Campinas, _____ de _____ de _____ .

35- OBSERVAÇÕES: _____

36- DESLIGAMENTO/MOTIVO: _____ RESPONSÁVEL/DATA: _____