

**FICHA DE MATRÍCULA  
PROGRAMAS DE EJA**

- EJA ANOS INICIAIS
- CONSOLIDANDO A ESCOLARIDADE
- EDUCAÇÃO AMPLIADA AO LONGO DA VIDA

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

RA: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMININO MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  1 - SOLTEIRO  2 - CASADO  3 - VIÚVO  4 - SEPARADO  5 - DIVORCIADO  6 - OUTRO N° DEPENDENTES: \_\_\_\_\_

<p>ETNIA:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 4 - AMARELA</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - PARDA <input type="checkbox"/> 6 - NÃO DECLARADA</p>	<p>DEFICIÊNCIA/TRANSTORNOS GLOBAIS DE DESENVOLVIMENTO/ALTAS HABILIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - CEGUEIRA <input type="checkbox"/> 5 - SURDO - CEGUEIRA <input type="checkbox"/> 9 - SÍNDROME DE DOWN</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - BAIXA VISÃO <input type="checkbox"/> 6 - DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> 10 - DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - SURDEZ/SEVERA <input type="checkbox"/> 7 - DEFICIÊNCIA MENTAL <input type="checkbox"/> 11 - SUPERDOTAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - SURDEZ MODERADA <input type="checkbox"/> 8 - AUTISMO <input type="checkbox"/> 12 - CONDUTAS TÍPICAS</p>	<p>PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO</p>
--	--	---

**RESIDÊNCIA**

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS**

N° CARTEIRA DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

N° CERTIDÃO DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ FOLHA: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

N° CERTIDÃO DE CASAMENTO: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ FOLHA: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

N° DO CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES GERAIS**

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

TURNO U.E.:  MANHÃ  INTERMEDIÁRIO  TARDE  VESPERTINO  NOTURNO

FREQUENTOU FUMEC ANTERIORMENTE:  SIM  NÃO QUANTO TEMPO FREQUENTOU: \_\_\_\_\_

FREQUENTOU ESCOLA ANTERIORMENTE:  SIM  NÃO ATÉ QUE SÉRIE: \_\_\_\_\_

FREQUENTOU FUMEC ANTERIORMENTE:  SIM  NÃO QUANTO TEMPO ESTÁ SEM ESTUDAR: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EDUCACIONAL**

U.E.F.: \_\_\_\_\_ REGIONAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

**CLASSE DESCENTRALIZADA**

U.E.F.: \_\_\_\_\_ REGIONAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

### MATRÍCULA E RENOVAÇÃO DE MATRÍCULA

DECLARO ACATAR AS NORMAS REGIMENTAIS DESTE ESTABELECIMENTO DE ENSINO E ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO ESCOLAR DE MEU (MINHA) FILHO(A) DE ACORDO COM O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

DATA:	CICLO:	SEM:	ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:
-------	--------	------	--

NOME COMPLETO DO PROFESSOR(A):	DIRETOR(A) EDUCACIONAL - CARIMBO, ASSINATURA E DATA:	RESULTADO FINAL:
--------------------------------	--	------------------

DATA:	CICLO:	SEM:	ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:
-------	--------	------	--

NOME COMPLETO DO PROFESSOR(A):	DIRETOR(A) EDUCACIONAL - CARIMBO, ASSINATURA E DATA:	RESULTADO FINAL:
--------------------------------	--	------------------

DATA:	CICLO:	SEM:	ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:
-------	--------	------	--

NOME COMPLETO DO PROFESSOR(A):	DIRETOR(A) EDUCACIONAL - CARIMBO, ASSINATURA E DATA:	RESULTADO FINAL:
--------------------------------	--	------------------

DATA:	CICLO:	SEM:	ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:
-------	--------	------	--

NOME COMPLETO DO PROFESSOR(A):	DIRETOR(A) EDUCACIONAL - CARIMBO, ASSINATURA E DATA:	RESULTADO FINAL:
--------------------------------	--	------------------

DATA:	CICLO:	SEM:	ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:
-------	--------	------	--

NOME COMPLETO DO PROFESSOR(A):	DIRETOR(A) EDUCACIONAL - CARIMBO, ASSINATURA E DATA:	RESULTADO FINAL:
--------------------------------	--	------------------

DATA:	CICLO:	SEM:	ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:
-------	--------	------	--

NOME COMPLETO DO PROFESSOR(A):	DIRETOR(A) EDUCACIONAL - CARIMBO, ASSINATURA E DATA:	RESULTADO FINAL:
--------------------------------	--	------------------

**C** - CONCLUINTE      **\*D** - DESISTENTE      **F** - FALECIDO      **\*T** - TRANSFERIDO      **\*P/C2** - PROGRESSÃO CICLO 2  
**\*R/C1** - RETIDO CICLO 1      **\*R/C2** - RETIDO CICLO 2      **P/CE** - PROGRESSÃO CE      **T/CE** - TÉRMINO CE

**TRANSFERÊNCIA**

SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE EDUCACIONAL: | |

NOME DA UNIDADE EDUCACIONAL:	REGIONAL:	DATA:
------------------------------	-----------	-------

SOLICITO REMANEJAMENTO NA MESMA UNIDADE EDUCACIONAL PARA O PERÍODO: | |

ENDEREÇO DA CLASSE DESCENTRALIZADA:	REGIONAL:	DATA:
-------------------------------------	-----------	-------

ASSINATURA DO ALUNO(A) OU RESPONSÁVEL:	DIRETOR(A) EDUCACIONAL (CARIMBAR, ASSINAR E DATAR):
--	---