

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA - PRESENCIAL

Escola Anterior:

<input type="checkbox"/> Rede Pública de Ensino <input type="checkbox"/> Esfera municipal <input type="checkbox"/> Esfera Estadual	<input type="checkbox"/> Rede Privada
--	---------------------------------------

Nome da Escola de origem: _____

Município da Escola de origem/UF: _____

Escola Atual:

<input type="checkbox"/> 1ºCPM-GEF	<input type="checkbox"/> 2ºCPM-CHMJ	<input type="checkbox"/> 3ºCPM-TML	<input type="checkbox"/> 4ºCPM-MJP
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

DADOS DO(A) ESTUDANTE

NOME COMPLETO: _____

Nome Social: _____ (para alunos que se declaram travesti, transexual ou transgênero) (*) DECRETO Nº 32.226 de 17 de maio de 2017 (DOE nº 092/2017)

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ___/___/___ Bolsa Escola: sim não

Cartão de Vacinação: sim não Cartão SUS nº _____

E-mail do(a) aluno(a): _____

Nacionalidade: Brasileira Brasileira – nascido no exterior ou naturalizado Estrangeira: _____

Naturalidade/UF: _____

Atendimento educacional especializado: Recebe Não Recebe

Realiza estágio: Sim Não

Participa do Programa Mais Educação: Participa Não participa

É Aluno do EJOVEM: Sim Não

Recebe escolarização em outro espaço? Não Recebe Em hospital Em Domicílio

REDES SOCIAIS:

Twitter: _____ Facebook: _____

Instagram: _____

Transporte Escolar Público: Utiliza Não utiliza

Poder público responsável pelo transporte: Municipal Estadual

Portador de Necessidade Especial: Sim Não

Caso a resposta tenha sido sim, indique a necessidade especial:

- Cegueira Deficiência auditiva Deficiência Intelectual Baixa Visão
 Surdocegueira Surdez Deficiência Física Deficiência múltipla

Transtorno global do Desenvolvimento:

- Autismo Infantil Síndrome de Rett Síndrome de Asperger
 Transtorno desintegrativo da infância

Altas habilidades/Superdotação

- Altas habilidades/Superdotação

<input type="checkbox"/> Não Dependente	
<input type="checkbox"/> Dependente legal (*)	<input type="checkbox"/> De soldado a subtenente - PMCE/CBMCE, Agente de Polícia, Investigador de Polícia ou Operador de Telecomunicação Policial PCCE, Auxiliar de Legista PEFOCE.
	<input type="checkbox"/> Oficiais Subalternos a Major - PMCE/CBMCE, Perito Criminalístico Auxiliar, Técnico de Laboratório Médico Legal – PEFOCE, Comissário de Polícia, Escrivão de Polícia, Técnico de Telecomunicação Policial PCCE
	<input type="checkbox"/> Tenente-Coronel e Coronel - PMCE/CBMCE, Professor da Academia da PCCEI ou Delegado de Polícia PCCE, Perito Criminalístico, Médico Legista, Odontólogo Legista, Toxicologista - PEFOCE

(*) Dependência legal nos termos da Lei 12.999 de 14/01/2000 (PMCE, CBMCE, PCCE, PEFOCE) fornecer cópia da Identidade Funcional para a Secretaria Escolar

RAÇA/COR:	POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS
<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Não se Aplica
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Cigano <input type="checkbox"/> Quilombola
<input type="checkbox"/> Não declarada	<input type="checkbox"/> Não declarada
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Cigano <input type="checkbox"/> quilombola
<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Cigano <input type="checkbox"/> quilombola
RAÇA/COR:	INDIGENA
<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Anacé <input type="checkbox"/> Gavião <input type="checkbox"/> Jenipapo-Kanindé <input type="checkbox"/> Kalabassa <input type="checkbox"/> Kanindé
	<input type="checkbox"/> Karão <input type="checkbox"/> Kariri <input type="checkbox"/> Pitaguarí <input type="checkbox"/> Tabajara <input type="checkbox"/> Potiguara
	<input type="checkbox"/> Tapeba <input type="checkbox"/> Tapuya-Kariri <input type="checkbox"/> Tremembé <input type="checkbox"/> Tupinambá <input type="checkbox"/> Tubiba-Tapuya

CPF nº: _____ RG nº: _____ Órgão Exp. _____ UF: _____

Data de exped.: ____/____/____

Carteira de Estudante: _____ Título de Eleitor nº: _____ Zona: ____ Seção: ____

Carteira de Trabalho (CTPS): _____ Série: _____ UF: ____ data de Exped.: ____/____/____

Número de Identificação Social (NIS): _____

Carteira da CNH: _____ UF: _____ data de Exped.: ____/____/____

Tipo de Certidão: Nascimento Casamento: Modelo Antigo Modelo Novo

DADOS DOS PAIS / MÃES / RESPONSÁVEIS LEGAIS

Nome da Mãe: _____ CPF nº:

Contato Telefônico da Mãe: Fixo: () _____ Celular: () _____

Nome do Pai: _____ CPF nº:

Contato Telefônico do Pai: Fixo: () _____ Celular: () _____

Responsável Legal do(a) aluno(a): pai/mãe só pai só mãe outro responsável legal

Nome do(a) Responsável: _____ CPF nº

Contato Telefônico do(a) Resposável: Fixo: () _____ Celular: () _____

Endereço _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Localização/Zona de Residência: urbana rural E-mail _____

Telefone Fixo: () _____ Celular: () _____

Local de Trabalho: _____ Telefone: () _____

Endereço do Trabalho: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

NADA CONSTA BIBLIOTECA
EM: ____/____/____
_____ RESPONSÁVEL / CARIMBO

NADA CONSTA TESOURARIA
EM: ____/____/____
_____ RESPONSÁVEL / CARIMBO

RESPONSÁVEL PELA MATRÍCULA
EM: ____/____/____
_____ RESPONSÁVEL / CARIMBO