



## FICHA DE MATRÍCULA 2021

**Coordenação:** Educação Infantil ( ) Ensino Fundamental I ( ) Ensino Fundamental II ( )  
Ensino Médio ( ) Educação de Jovens e Adultos ( )

**Aluno(a):** \_\_\_\_\_ **Série:** \_\_\_\_ **Ano - Turma:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Cidade onde Nasceu:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Nacionalidade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Para o Censo Escolar: Cor/Raça:** (branca, preta, parda, amarela, indígena): \_\_\_\_\_

**CPF (aluno):** \_\_\_\_\_ **- Fone/Celular (aluno):** \_\_\_\_\_

**E-mail UFPA (aluno):** \_\_\_\_\_ **- E-mail Gmail (aluno):** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Nome do Pai:** \_\_\_\_\_

**Local de Trabalho:** \_\_\_\_\_ **Fone/Celular:** \_\_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

**Local de Trabalho:** \_\_\_\_\_ **Fone/Celular:** \_\_\_\_\_

**Responsável pelo(a) aluno(a) na Escola:** \_\_\_\_\_

**Local de Trabalho:** \_\_\_\_\_ **Fone/Celular:** \_\_\_\_\_

**E-mail do Responsável:** \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA: (\* obrigatório)

- ( ) Ressalva de Transferência (original)\*
- ( ) Histórico Escolar (original)\*
- ( ) Certificado Ensino Fundamental (original e cópia) p/EM
- ( ) Certidão de Nascimento (original e cópia)\*
- ( ) Carteira de Identidade (original e cópia)
- ( ) CPF (cópia)
- ( ) Comprovante de Residência Atualizado (conta de luz)
- ( ) 5 Fotos 3x4 iguais e recentes\*

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS À RESPEITO DO(A) ALUNO(A):

1 - Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não - Qual: \_\_\_\_\_

2 - Apresenta algum tipo de alergia? ( ) Sim ( ) Não  
( ) Poeira ( ) Asma ( ) Medicamentos ( ) Picada de inseto - Outras/Quais: \_\_\_\_\_

3 - Faz uso de algum medicamento controlado? ( ) Sim ( ) Não - Qual: \_\_\_\_\_

4 - Cite o nome dos medicamentos que poderá usar se, eventualmente, apresentar: febre, dor de cabeça, cólica intestinal, etc. - Quais: \_\_\_\_\_

5 - Possui plano odontológico? ( ) Sim ( ) Não - Qual: \_\_\_\_\_

6 - Caso haja necessidade poderá ser atendido no Serviço Odontológico da EAUFPA? ( ) Sim ( ) Não

7 - Apresenta laudo de que possui deficiência/transtorno/dificuldade de aprendizagem/outros?  
Sim ( ) Não ( ) - Se a resposta for SIM anexar o Laudo Médico.

Belém-PA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021

Ass. Responsável pelo(a) aluno(a) na EAUFPA

Ass. Funcionário Responsável pela Matrícula