



## 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