



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

Secretaria Municipal de Educação

Departamento de Creches

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL: _____

FICHA CADASTRAL DO ALUNO

Nº R.A. _____

Nº Registro _____

I - Identificação do Aluno

Nome do Aluno: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Cor/Raça: _____ Local de Nasc.: _____

Nome do Pai: _____ RG _____

Nome da Mãe: _____ RG _____

Nome do(a) Responsável: _____

Necessidade Educacional Especial: () Não () Sim. Qual: _____

Participa do programa Bolsa Família: () Não () Sim - NIS (Número de Identificação Social) _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefones: _____

II - Dados Complementares

01) Profissão do Pai: _____ **Local de Trabalho:** _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

02) Profissão da Mãe: _____ **Local de Trabalho:** _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

III - Matrícula e Renovação de Matrícula

Solicito matrícula na turma _____

Declaro ter recebido uma cópia das Normas de Funcionamento dos CEIs, tendo, portanto, conhecimento das mesmas.

Data ____/____/____

Assinatura do Pai ou responsável

Movimentação do Aluno

Aluno transferido de _____

Data	Turma	Assinatura dos pais/responsáveis	Ass. do Coordenador

• Controle interno - Desligamento

Data: ____/____/____

Motivo: () Transferência - Para _____

() Abandono/desistência - _____

IV - Saúde do Aluno

- 01) Quais as doenças que a criança já teve? _____
- 02) Já esteve internado (a)? (Motivo e Tempo): _____
- 03) Sofreu algum acidente? (Desmaio, Convulsão, Afogamento): _____
- 04) Sofre de alguma doença? () Não () Sim. Qual? _____
- 05) Toma algum medicamento periodicamente? () Não () Sim. Qual? _____
- 06) Sofre de alergias?(Alimentos, Medicamentos, Poeira, Tinta, etc.) () Não () Sim. Qual? _____
- 07) Atualmente faz algum tratamento médico? _____
- 08) Existe algum problema que os pais desejam esclarecer para que o(a) aluno(a) tenha um melhor atendimento? _____

V - Rotina da Criança

- 01) Possui algum hábito para dormir? () Não () Sim. Qual? _____
- 02) Usa mamadeira? () Não () Sim. Usa Chupeta? () Não () Sim
- 03) Como é o comportamento da criança? (Agitada, Quieta, Nervosa, Agressiva, Inibida, Extrovertida) _____
- 04) A criança possui algum tipo de medo? () Não () Sim. Qual? _____

VI - Outras Observações: _____

Pessoas autorizadas a retirar a criança: _____

Em caso de emergência, com que outras pessoas poderemos entrar em contato?

Nome: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Birigui-SP _____ de _____ de _____

Assinatura do Pai ou Responsável

Responsável pelo Atendimento

Assinatura do Coordenador