



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER



ESCOLA: _____
AVENIDA: _____ WANDERLEY-BA
DECRETO MUNICIPAL: _____ CRIAÇÃO: _____
CÓDIGO INEB: _____

FICHA DE MATRÍCULA 2024

DADOS DO EDUCANDO:

NOME COMPLETO: _____				FOTO	
ANO: <input type="checkbox"/> 1ºano <input type="checkbox"/> 2º Ano <input type="checkbox"/> 3º Ano <input type="checkbox"/> 4º Ano <input type="checkbox"/> 5º Ano					
TURNO: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Integral					
Data de Nascimento: ____/____/____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Naturalidade: _____		UF: _____		Nacionalidade: _____	
CPF: _____		RG: _____		NIS: _____ SUS: _____	
Endereço: _____					
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela					
Como o aluno vai à escola? <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outros _____					
Distância percorrida: _____					
Tem acesso à internet? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dados moveis <input type="checkbox"/> Wi-Fi					

DADOS DA FAMÍLIA:

Nome da Mãe: _____					
Nascimento: ____/____/____		Naturalidade: _____		UF: _____	
Escolaridade: _____		Profissão: _____			
Endereço: _____					
Tel. Fixo: _____			Celular: _____		
Nome da Pai: _____					
Nascimento: ____/____/____		Naturalidade: _____		UF: _____	
Escolaridade: _____		Profissão: _____			
Endereço: _____					
Tel. Fixo: _____			Celular: _____		

SAÚDE:

Usa óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Possui Anemia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Possui Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Usa Medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual: _____			
Possui Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual tipo de alergia: _____			
Fator Sanguíneo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Tipo: _____					
Possui intolerância à lactose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Possui intolerância a glúten: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

SOBRE EDUCACAO ESPECIAL

Estudante com deficiência, transtorno e distúrbio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	
Possui diagnóstico clínico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui relatório médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Na ausência de diagnóstico, qual a hipótese de diagnóstico?	
Teve acompanhamento de profissional de apoio (auxiliar cuidador)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Participa do Atendimento Educacional Especializado (AEE)	

ASPECTOS GERAIS

Recebe o Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recebe benefício do INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Com quem o aluno mora?	
Tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="text"/> Qual idade? _____
Estudam na mesma escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, em que ano? _____	
A residência <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outra _____	
Quantos cômodos há na residência?	Quantas pessoas vivem na mesma casa?
Quantas delas trabalham?	Qual é a renda familiar?
Qual a religião?	

ESCOLARIDADE DO EDUCANDO

Veio de outra escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____	
Ano: _____	Turno: _____
Interrompeu os estudos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando? _____ Por quê? _____	
<u>Situação no ano anterior:</u> <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Evadido <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola	
Rede de origem do educando: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular	Anos de escolaridade: _____

Documentos apresentados:

- () Certidão de Nascimento () CPF () RG () Cartão do SUS () Caderneta de vacinação
() Comprovante de residência () Ficha de transferência () Histórico escolar () Nenhum

Comprometo-me aceitar as disposições do Regimento Escolar, conscientizando-o (a) meu (minha) filho (a) a zelar e preservar esta Escola: suas paredes, portas, janelas, sanitários, quadros, área diversas, muros, equipamentos e outros bens nela existentes, bem como a zelar e preservar o transporte escolar (caso faça uso dele), respeitando seu condutor e todos os seus colegas. Responsabilizo-me também pelo ressarcimento em dinheiro ao Caixa escolar por quaisquer danos e prejuízos que ele (ela) venha causar ao patrimônio desta Unidade Escolar. Comprometo-me também em garantir as eventuais mudanças de endereço e/ou contatos telefônicos bem com a participação do(a) aluno(a) supracitado(a) nas aulas para conclusão do Ano Letivo 2024.

Wanderley - BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Mãe, Pai e/ou Responsável

Diretor (a) da Unidade Escolar.



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER



ESCOLA: _____
AVENIDA: _____ WANDERLEY-BA
DECRETO MUNICIPAL: _____ CRIAÇÃO: _____
CÓDIGO INEB: _____

FICHA DE MATRÍCULA 2024

DADOS DO EDUCANDO:

NOME COMPLETO: _____				FOTO
ANO: <input type="checkbox"/> 6ºano <input type="checkbox"/> 7º Ano <input type="checkbox"/> 8º Ano <input type="checkbox"/> 9º Ano				
TURNO: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Integral				
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Naturalidade: _____	UF: _____	Nacionalidade: _____		
CPF: _____	RG: _____	NIS: _____	SUS: _____	
Endereço: _____				
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela				
Como o aluno vai à escola? <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outros _____				
Distância percorrida: _____				
Tem acesso à internet? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dados moveis <input type="checkbox"/> Wi-Fi				

DADOS DA FAMÍLIA:

Nome da Mãe: _____		
Nascimento: ____/____/____	Naturalidade: _____	UF: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____	
Endereço: _____		
Tel. Fixo: _____	Celular: _____	
Nome da Pai: _____		
Nascimento: ____/____/____	Naturalidade: _____	UF: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____	
Endereço: _____		
Tel. Fixo: _____	Celular: _____	

SAÚDE:

Usa óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui Anemia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Usa Medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual: _____	
Possui Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual tipo de alergia: _____	
Fator Sanguíneo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Tipo: _____	
Possui intolerância à lactose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui intolerância a glúten: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

SOBRE EDUCACAO ESPECIAL

Estudante com deficiência, transtorno e distúrbio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	
Possui diagnóstico clínico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui relatório médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Na ausência de diagnóstico, qual a hipótese de diagnóstico?	
Teve acompanhamento de profissional de apoio (auxiliar cuidador)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Participa do Atendimento Educacional Especializado (AEE)	

ASPECTOS GERAIS

Recebe o Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recebe benefício do INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Com quem o aluno mora?	
Tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="text"/> Qual idade? _____
Estudam na mesma escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, em que ano? _____	
A residência <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outra _____	
Quantos cômodos há na residência?	Quantas pessoas vivem na mesma casa?
Quantas delas trabalham?	Qual é a renda familiar?
Qual a religião?	

ESCOLARIDADE DO EDUCANDO

Veio de outra escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____	
Ano: _____	Turno: _____
Interrompeu os estudos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando? _____ Por quê? _____	
<u>Situação no ano anterior:</u> <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Evadido <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola	
Rede de origem do educando: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular	Anos de escolaridade: _____

Documentos apresentados:

- () Certidão de Nascimento () CPF () RG () Cartão do SUS () Caderneta de vacinação
() Comprovante de residência () Ficha de transferência () Histórico escolar () Nenhum

Comprometo-me aceitar as disposições do Regimento da Rede Pública de Ensino do Município de Wanderley, conscientizando meu (minha) filho (a) a zelar e preservar esta Escola: suas paredes, portas, janelas, sanitários, quadros, área diversas, muros, equipamentos e outros bens nela existentes, bem como a zelar e preservar o transporte escolar (caso faça uso dele), respeitando seu condutor e todos os seus colegas. Responsabilizo-me também pelo ressarcimento em dinheiro ao Caixa escolar por quaisquer danos e prejuízos que ele (ela) venha causar ao patrimônio desta Unidade Escolar. Comprometo-me também em garantir as eventuais mudanças de endereço e/ou contatos telefônicos bem com a participação do(a) aluno(a) supracitado(a) nas aulas para conclusão do Ano Letivo 2024.

Wanderley - BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Mãe, Pai e/ou Responsável

Diretor (a) da Unidade Escolar.



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER



ESCOLA: _____
AVENIDA: _____ WANDERLEY-BA
DECRETO MUNICIPAL: _____ CRIAÇÃO: _____
CÓDIGO INEB: _____

FICHA DE MATRÍCULA 2024

DADOS DO EDUCANDO:

NOME COMPLETO:			FOTO			
Creche: Grupo I <input type="checkbox"/> Grupo II <input type="checkbox"/> Grupo III <input type="checkbox"/>		Pré Escola: Infantil I <input type="checkbox"/> Infantil II <input type="checkbox"/>				
TURNO: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/>		Vespertino				
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino				
Naturalidade:		UF:		Nacionalidade:		
CPF:		RG:		NIS:		SUS:
Endereço:						
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela						
Como o aluno vai à escola? <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outros _____						
Distância percorrida:						
Tem acesso à internet? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dados moveis <input type="checkbox"/> Wi-Fi						

DADOS DA FAMÍLIA:

Nome da Mãe:					
Nascimento: ____/____/____		Naturalidade:		UF:	
Escolaridade:		Profissão:			
Endereço:					
Tel. Fixo:			Celular:		
Nome da Pai:					
Nascimento: ____/____/____		Naturalidade:		UF:	
Escolaridade:		Profissão:			
Endereço:					
Tel. Fixo:			Celular:		

SAÚDE:

Usa óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui Anemia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Usa Medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual: _____		

Possui Alergia: Sim Não Se sim, qual tipo de alergia: _____

Fator Sanguíneo: Positivo Negativo Tipo: _____

Possui intolerância à lactose: Sim Não Possui intolerância a glúten: Sim Não

SOBRE EDUCACAO ESPECIAL

Estudante com deficiência, transtorno e distúrbio? Sim Não Qual? _____

Possui diagnóstico clínico? Sim Não Possui relatório médico? Sim Não

Na ausência de diagnóstico, qual a hipótese de diagnóstico?

Teve acompanhamento de profissional de apoio (auxiliar cuidador)? Sim Não

Participa do Atendimento Educacional Especializado (AEE)

ASPECTOS GERAIS

Recebe o Bolsa Família? Sim Não Recebe benefício do INSS? Sim Não

Com quem o aluno mora?

Tem irmãos? Sim Não Quantos? Qual idade? _____

Estudam na mesma escola? Sim Não Se sim, em que ano? _____

A residência Própria Alugada Cedida Outra _____

Quantos cômodos há na residência? Quantas pessoas vivem na mesma casa?

Quantas delas trabalham? Qual é a renda familiar?

Qual a religião?

ESCOLARIDADE DO EDUCANDO

Veio de outra escola? Sim Não Se sim, qual? _____

Ano: _____ Turno: _____

Interrompeu os estudos? Sim Não Quando? _____ Por quê? _____

Situação no ano anterior:

Aprovado Reprovado Evadido Não frequentou a escola

Rede de origem do educando: Federal Estadual Municipal Particular Anos de escolaridade: _____

Documentos apresentados:

() Certidão de Nascimento () CPF () RG () Cartão do SUS () Caderneta de vacinação
() Comprovante de residência () Ficha de transferência () Histórico escolar () Nenhum

Comprometo-me aceitar as disposições do Regimento da Rede Pública de Ensino do Município de Wanderley, conscientizando meu (minha) filho (a) a zelar e preservar esta Escola: suas paredes, portas, janelas, sanitários, quadros, área diversas, muros, equipamentos e outros bens nela existentes, bem como a zelar e preservar o transporte escolar (caso faça uso dele), respeitando seu condutor e todos os seus colegas. Responsabilizo-me também pelo ressarcimento em dinheiro ao Caixa escolar por quaisquer danos e prejuízos que ele (ela) venha causar ao patrimônio desta Unidade Escolar. Comprometo-me também em garantir as eventuais mudanças de endereço e/ou contatos telefônicos bem com a participação do(a) aluno(a) supracitado(a) nas aulas para conclusão do Ano Letivo 2024.

Wanderley - BA, _____ de _____ de _____.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, CULTURA,
ESPORTE E LAZERSlogan
da
Escola

ESCOLA: _____
 AVENIDA: _____ WANDERLEY-BA
 DECRETO MUNICIPAL: _____ CRIAÇÃO: _____
 CÓDIGO INEB: _____

FICHA DE MATRÍCULA 2024

DADOS DO EDUCANDO:

NOME COMPLETO:				FOTO	
Educação de Jovens e Adultos:					
Etapa I: 1º Ano <input type="checkbox"/>		Etapa II: 2º e 3º Ano <input type="checkbox"/>		Etapa III: 4º e 5º Ano <input type="checkbox"/>	
Etapa IV: 6º e 7º Ano <input type="checkbox"/>		Etapa V: 8º e 9º Ano <input type="checkbox"/>			
TURNO: <input type="checkbox"/> Matutino		<input type="checkbox"/> Vespertino			
Data de Nascimento: ____/____/____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Naturalidade:		UF:		Nacionalidade:	
CPF:		RG:		NIS: SUS:	
Endereço:					
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela					
Como o aluno vai à escola? <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outros _____					
Distância percorrida:					
Tem acesso à internet? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dados moveis <input type="checkbox"/> Wi-Fi					

DADOS DA FAMÍLIA:

Nome da Mãe:					
Nascimento: ____/____/____		Naturalidade:		UF:	
Escolaridade:			Profissão:		
Endereço:					
Tel. Fixo:			Celular:		
Nome da Pai:					
Nascimento: ____/____/____		Naturalidade:		UF:	
Escolaridade:			Profissão:		
Endereço:					
Tel. Fixo:			Celular:		

SAÚDE:

Usa óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Possui Anemia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Possui Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Usa Medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual: _____			
Possui Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual tipo de alergia: _____			
Fator Sanguíneo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Tipo: _____			

Possui intolerância à lactose: Sim Não Possui intolerância a glúten: Sim Não

SOBRE EDUCACAO ESPECIAL

Estudante com deficiência, transtorno e distúrbio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	
Possui diagnóstico clínico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui relatório médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Na ausência de diagnóstico, qual a hipótese de diagnóstico?	
Teve acompanhamento de profissional de apoio (auxiliar cuidador)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Participa do Atendimento Educacional Especializado (AEE)	

ASPECTOS GERAIS

Recebe o Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recebe benefício do INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Com quem o aluno mora?	
Tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="text"/> Qual idade? _____
Estudam na mesma escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, em que ano? _____	
A residência <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outra _____	
Quantos cômodos há na residência?	Quantas pessoas vivem na mesma casa?
Quantas delas trabalham?	Qual é a renda familiar?
Qual a religião?	

ESCOLARIDADE DO EDUCANDO

Veio de outra escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____	
Ano: _____	Turno: _____
Interrompeu os estudos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando? _____ Por quê? _____	
<u>Situação no ano anterior:</u> <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Evadido <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola	
Rede de origem do educando: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular	Anos de escolaridade: _____

Documentos apresentados:

() Certidão de Nascimento () CPF () RG () Cartão do SUS () Caderneta de vacinação
() Comprovante de residência () Ficha de transferência () Histórico escolar () Nenhum

Comprometo-me aceitar as disposições do Regimento da Rede Pública de Ensino do Município de Wanderley, conscientizando meu (minha) filho(a) a zelar e preservar esta Escola: suas paredes, portas, janelas, sanitários, quadros, área diversas, muros, equipamentos e outros bens nela existentes, bem como a zelar e preservar o transporte escolar (caso faça uso dele), respeitando seu condutor e todos os seus colegas. Responsabilizo-me também pelo ressarcimento em dinheiro ao Caixa escolar por quaisquer danos e prejuízos que ele (ela) venha causar ao patrimônio desta Unidade Escolar. Comprometo-me também em garantir as eventuais mudanças de endereço e/ou contatos telefônicos bem com a participação do(a) aluno(a) supracitado(a) nas aulas para conclusão do Ano Letivo 2024.

Wanderley - BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Mãe, Pai e/ou Responsável

Diretor (a) da Unidade Escolar

COMPROVANTE DE MATRÍCULA

Declaramos para os devidos fins que o estudante _____
_____ está regulamente matriculado na Escola _____
_____ Turma _____ Turno _____

Data da matrícula: ____/____/____

Assinatura: pai/mãe ou responsável

Diretor(a) Escolar

Secretário(a)

COMPROVANTE DE MATRÍCULA

Declaramos para os devidos fins que o estudante _____
_____ está regulamente matriculado na Escola _____
_____ Turma _____ Turno _____

Data da matrícula: ____/____/____

Assinatura: pai/mãe ou responsável

Diretor(a) Escolar

Secretário(a)