



EDUCANDÁRIO SANTA MARIA GORETTI

Educando para a cidadania

T. M. LEAL & CIA LTDA

C.N.P.J. (M.F.) No 08.894.778/0001-01

Rua 7 de Setembro, 653 / Rua São João n° 1354 - Centro • Zona Sul

PABX: (86) 3217-1388 • Fax: (86) 3217-1390 • CEP 64.001-360 • Teresina (PI)

• E-MAIL - direcao@esmg.com.br

• SITE - www.esmg.com.br

RESERVA(S) PARA O ANO LETIVO 2019 (Alunos do colégio)

01. Escreva abaixo o(s) **nome(s) do(s) seu(s) filho(s) que já estuda(m) aqui** e o(s) ano(s) que está(ão) cursando em 2018.

Aluno(a)

Ano atual 2018

Turno

Aluno(a)	Ano atual 2018	Turno
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

02. O(s) aluno(s) vai(ão) permanecer aqui no colégio? () Sim. () Não.
O(s) aluno(s) vai(ão) se transferir? Qual(is)?

03. Reserva/2019 para o(s) irmão(s), parentes ou amigos do(s) nosso(s) aluno(s) **(que não estuda(m) aqui)**.

1. Nome: _____

Data do nascimento: ___/___/___ Ano para 2019: _____

Colégio onde estuda atualmente: _____

2. Nome: _____

Data do nascimento: ___/___/___ Ano para 2019: _____

Colégio onde estuda atualmente: _____

3. Nome: _____

Data do nascimento: ___/___/___ Ano para 2019: _____

Colégio onde estuda atualmente: _____

4. Nome: _____

Data do nascimento: ___/___/___ Ano para 2019: _____

Colégio onde estuda atualmente: _____

Obs.: os alunos novos deverão preencher FICHA DE RESERVA (disponível na secretaria da escola). Todas as orientações necessárias estão disponíveis no [link COMO SER UM ALUNO DO ESMG](#).

ATENÇÃO!

A escolha da turma está condicionada à efetivação da matrícula nas datas estabelecidas.

Assinatura da pessoa responsável por estas informações.



EDUCANDÁRIO SANTA MARIA GORETTI

Educando para a cidadania

FICHA INDIVIDUAL DO(A) ALUNO(A) – 2019



Nome completo: _____ Turma: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Endereço completo: _____

Telefone(s) da Residência: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço do Trabalho (Mãe): _____

Telefone(s) do Trabalho (Mãe): _____

Nome do Pai: _____

Endereço do Trabalho (Pai): _____

Telefone(s) do Trabalho (Pai): _____

Pessoa(s) autorizada(s) a pegar(em) o(a) aluno(a) na escola:

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

O(A) aluno(a) é alérgico(a)? Especifique as substâncias ou agentes físicos causadores.

EM CASO DE EMERGÊNCIA, A QUEM A ESCOLA DEVE PROCURAR TELEFONE(S)?

Outros detalhes que a Escola precisa saber sobre o(a) aluno(a):

- Tipo sanguíneo: _____
- Médico(s) com seus respectivos telefones: _____

• Clínica ou Hospital: _____

• Plano de Saúde: _____

• O(A) aluno(a) é portador(a) de alguma(s) doença(s) crônica(s)? Qual(Quais)? () SIM () NÃO

• Usa Medicamento(s) de uso continuado (doses): () SIM () NÃO

Coloque ao lado de cada medicamento citado: SIM ou NÃO

Marque os medicamentos que o(a) aluno(a) pode usar:

() Mertiolate _____

() Band-aid _____

() Hirudoide _____

() Água Curativa _____

O(A) aluno(a) é vacinado(a) para as seguintes doenças: _____

Assinatura legível e completa do responsável pelo(a) aluno(a).

Rubrica