



CENTRO DE ENSINO SANTA RITA DE CÁSSIA

QD 09 - LOTE ESPECIAL E ÁREA RESERVADA N.º 02 - SOBRADINHO-DF – CEP 73.035-090

Home Page: www.cesrc.com.br / e-mail: contato.cesrc@gmail.com / financeiro.cesrc@gmail.com

Fone: 3591-4241

FICHA PARA MATRÍCULA / 2025

OBS.: TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM LETRA LEGÍVEL.

Matrícula nº: _____	Mensalidade: _____		
ALUNO(A): _____			
D.N.: ____/____/____	Naturalidade: _____		
Nacionalidade: _____	Tipo sanguíneo: _____	Fator RH: _____	
Série/Ano/Período: _____	Turma: _____	Turno: _____	
Endereço: _____		CEP.: _____	
Cidade/UF: _____	Telefone fixo: _____ / Celular(es): _____		
Religião: _____	E-mail: _____		
Facebook/outros: _____	CPF aluno: _____		RG aluno: _____
MÃE: _____		CPF: _____	RG: _____
Telefone fixo: _____ / Celular(es): _____		E-mail: _____	
Profissão: _____		Local trabalho: _____	
Avós Maternos: _____			
PAI: _____		CPF: _____	RG: _____
Telefone fixo: _____ / Celular(es): _____		E-mail: _____	
Profissão: _____		Local trabalho: _____	
Avós Paternos: _____			
POSSUI REGIME DE GUARDA E RESPONSABILIDADE – () Sim () Não			
Nome: _____		CPF: _____	
AS PESSOAS ABAIXO RELACIONADAS, ESTÃO AUTORIZADAS A RETIRAR O ALUNO DA ESCOLA, (APENAS MENORES DE 12 ANOS):			

NOME / CPF / GRAU DE PARENTESCO / TELEFONE			

NOME / CPF / GRAU DE PARENTESCO / TELEFONE			
SAÚDE DO ALUNO			
Problema de Saúde: () Não () Sim Qual? _____			
Intolerância/Alergia Alimentar: () Não () Sim Qual? _____			
Faz uso de medicação contínua: () Não () Sim Qual? _____			
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA/ATIPICIDADE - TIPO:			
() Cegueira () Surdez () Deficiência auditiva () Surdocegueira () Deficiência física			
() Deficiência intelectual () Deficiência múltipla () _____			
() Baixa visão – Tipo _____ Grau _____ / Tipo Sanguíneo _____ Fator RH _____			
TRANSTORNOS/DISTÚRBIOS			
() Espectro Autista - DEA () Síndrome de Rett () Transtorno Desintegrativo da Infância			
() DISLEXIA () DISCALCULIA () TDAH () TDA () DPA			
OUTROS _____			
() Altas Habilidades Áreas: _____			
(CASO HAJA ALGUM TRANSTORNO OU NECESSIDADE ESPECIAL É OBRIGATÓRIA A ENTREGA DE LAUDO ATUALIZADO ATÉ O 1º DIA LETIVO)			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: _____			

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO CONTRATO			
Nome: _____	Celular: _____		
CPF: _____	Celular: _____		
Grau de parentesco: _____	E-mail: _____		
Fone fixo: _____	Data: ____/____/____		

ASSINATURA			