



CGM	Nome como consta na certidão de nascimento DADOS DO(A) ESTUDANTE						
COD INEP	Nome social						
Última série/cursada	Modalidade () Regular () EJA	Cor/Raça autodeclarada () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta () Não declarada				Sexo () M () F	
Se indígena: () Guarani () Kaingang () Xetá () Xokleng () Outra:			Remanescente de Quilombo () Não () Sim. Qual?				
Pertencente à povos e comunidades tradicionais () Não () Sim Se sim, qual?			Estado Civil	Se casado e o conjugado for estudante, não deverá ser informada certidão de casamento para ambos			
Data de nascimento	Certidão de () Nascimento () Casamento		() Modelo Antigo () Modelo Novo	Número	Livro	Folha	Cor/raça citada na certidão de nascimento () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta () Não Declarada
Nome do cartório			Município do Cartório				UF
Município de Nascimento			UF	Naturalidade			UF
País de nascimento		Nacionalidade () Brasileira () Brasileira - nascido no exterior ou naturalizado () Estrangeira				Se estrangeiro, possui documentos? () Não () Sim	
RG modelo antigo	RG modelo novo		Emissor	Data da emissão		UF	CPF
Passaporte/RNE/RNM	Emissor	Data da emissão	UF	Título de eleitor	Zona	Seção	Cartão nacional de saúde - CNS/SUS
Carteira de Reservista	Código de identificação social - NIS		Programas Sociais () Bolsa Família () Pé-de-Meia		Declaração de vacina () Sim () Não	CPTS	
E-mail pessoal do estudante			E-mail Institucional do estudante (@escola)				Telefone celular / WhatsApp do estudante

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO(A) ESTUDANTE

Logradouro (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, etc.)						Número	Complemento
Bairro			Município				
CEP	UF	País de residência			Zona () Urbana () Rural	Telefone residencial	
Tipo identificação GEO	Unidade consumidora	A residência está em uma localização diferenciada () Não () Sim				Se sim, qual tipo () Terra indígena () Assentamento () Quilombo	

PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA DE TRANSPORTE ESCOLAR OFERTADO PELO PODER PÚBLICO

O(a) responsável legal pelo estudante foi informado que ao optar por matrícula em estabelecimento diferente daquele indicado pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná, seguindo o procedimento de matrícula, abdica do direito à utilização do transporte escolar público.
() Sim

DEPENDENTE MILITAR

O(a) estudante é dependente de militar? () Sim () Não Se sim, assinale qual Organização Militar que pertence e qual dos responsáveis é o titular: () PMPR () CBMPR () Forças Armadas () PMSC () CBMSC () outra. Especifique: _____ () Pai () mãe () Ambos () outro: _____					
--	--	--	--	--	--

FILIAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

Filiação 1 () Não declarada			RG/RNE/RME	CPF
E-mail de uso pessoal da filiação 1			Telefone celular/WhatsApp	Telefone Comercial
Profissão		Código de identificação social - NIS	Está autorizado pelo responsável legal a acessar a Área do Aluno e aplicativos SEED? () Sim () Não	
Maior Escolarização Concluída: () Analfabeto () Ens. Fundamental ou Primário () Ens. Fundamental ou Ginásio ou 1º Grau () Ensino Médio ou 2º Grau () Graduação ou Curso Superior () Pós Graduação () Mestrado () Doutorado () Optou por não declarar ou desconhece a escolarização				



Filiação 2 <input type="checkbox"/> Não declarada	RG/RNE/RME	CPF	
E-mail de uso pessoal da filiação 2	Telefone celular/WhatsApp	Telefone Comercial	Telefone para contato
Profissão	Código de identificação social - NIS	Está autorizado pelo responsável legal a acessar a Área do Aluno e aplicativos SEED?	
Maior Escolarização Concluída: () Analfabeto () Ens. Fundamental ou Primário () Ens. Fundamental ou Ginásio ou 1º Grau () Ensino Médio ou 2º Grau () Graduação ou Curso Superior () Pós Graduação () Mestrado () Doutorado () Optou por não declarar ou desconhece a escolarização			

RESPONSÁVEL LEGAL PELO(A) ESTUDANTE PARA A INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Nome da(o) Responsável Legal		Vínculo com o estudante	CPF
Profissão	Código de identificação social - NIS	Telefone celular/WhatsApp	Cadúnico
E-mail pessoal da(o) responsável legal		Autoriza a SEED enviar de mensagens de texto, WhatsApp e e-mail sobre divulgações, ações e programas	
O(a) responsável legal está ciente que apenas o seu CPF e o número do celular estarão liberados para realizar matrícula e transferência on-line via Área do Aluno, e se compromete manter os seus dados e do estudante sempre atualizados junto à Instituição de Ensino.			

DADOS SOCIECONOMICOS DO(A) ESTUDANTE

O(a) responsável legal está ciente que estes dados serão utilizados exclusivamente para elaboração de indicadores educacionais, sempre que possível de forma anonimizada.		
Renda Total familiar	() Optou em não informar () Sem renda () de 1 a 3 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos	Tipo de Moradia () Optou em não informar () Casa () Apartamento () Cômodo () Coletiva
Forma de ocupação da moradia	() Optou em não informar () Própria () Alugada () Cedida () Pensionato () Casa Lar ou Abrigo () Outro:	Tipo de construção () Optou em não informar () Alvenaria () Madeira () Mista () Outro:
Serviços que a moradia tem acesso	() Água encanada () Energia elétrica () Esgoto () Coleta de lixo	Possui conexão de Internet na residência () Sim () Não
Quais e quantos itens existem na moradia?	() Banheiro () Rádio () Televisão () Geladeira () Computador () Celular Smart () Tablet () Freezer () Máquina de Lavar () Bicicleta () Motocicleta () Automóvel	

COMPOSIÇÃO DO NUCLEO FAMILIAR DO(A) ESTUDANTE

Quem mora com o estudante na mesma residência e quantos?	() Pai/Pais () Mãe/Mães () Avós () Tio/Tios () Tutor legal () Conjugue () Filhos () Irmão(s) () Outros
--	---

DOCUMENTOS DO(A) ESTUDANTE ENTREGUES NO ATO DA MATRÍCULA

() Certidão de Casamento	() Comprovante de residência () CPF do estudante () CPF do responsável legal
() Certidão de Nascimento	() Comprovante de vacinação () Histórico Escolar do Fundamental () Histórico Escolar do Ensino Médio

MANIFESTAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÕES DO RESPONSÁVEL LEGAL

Estou ciente e me comprometo a supervisionar o uso do e-mail @escola do(a) estudante para uso exclusivo nas rotinas escolares.		
() Sim	Estou ciente e autorizo o tratamento dos dados pessoais do(a) estudante para fins específicos institucionais, estatísticos, declaração do Censo Escolar, Bolsa Família e Pé-de-Meia e outros programas que forem implementados durante o ano letivo, para o planejamento e execução de ações, programas e políticas públicas estaduais, municipais e federais, autorizo o compartilhamento com a rede de proteção, ministério público, sistema público de segurança, sistema público de saúde e demais setores da administração pública que possuam acordo de cooperação técnica.	
() Sim	() Não	Se houver oferta e vaga, autorizo a matrícula do(a) estudante em atividades complementares em contraturno e estou ciente que não dará direito a transporte escolar gratuito?
() Sim	() Não	Estou ciente e autorizo o uso de imagens do(a) estudante em páginas institucionais e redes sociais?
() Sim	() Não	Se indicada a necessidade, autorizo a matrícula do(a) estudante na sala de atendimento educacional especializado (AEE) e estou ciente que não dará direito a transporte escolar gratuito?
() Sim	Estou ciente do processo e autorizo o uso de dados biométricos do(a) estudante para fins de frequência escolar?	
() Sim	Estou ciente e autorizo o compartilhamento dos dados cadastrais do(a) estudante com a escola parceira?	

AUTORIZAÇÃO PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Eu, responsável legal pelo (a) estudante acima citado(a), autorizo o 7º Colégio da Polícia Militar do Paraná, em caso de emergência, encaminhar (meu) minha filho (a) ao **Pronto Socorro** mais próximo ou ao **Hospital conveniado do seguro escolar**, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

Observação: Em caso de acidente o (a) estudante será encaminhado (a) para à Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital Conveniado do Seguro Escolar.

CONTATOS PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA (irmão, irmã, avô, avó, tio, tia, vizinho, etc)

Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____
Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____
Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____
Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____
Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____



MATRÍCULA DO(A) ESTUDANTE PARA ESTE ANO LETIVO 2026

DADOS ESCOLARES DA ORIGEM DO(A) ESTUDANTE

Ensino de origem	<input type="checkbox"/> Especial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> EJA	<input type="checkbox"/> Infantil	<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Encceja	<input type="checkbox"/> ENEM	<input type="checkbox"/> Exames
Forma de ingresso	<input type="checkbox"/> Matrícula inicial	<input type="checkbox"/> Matrícula renovada	<input type="checkbox"/> Transferência "Física"	<input type="checkbox"/> Transferência online		<input type="checkbox"/> Classificação por avaliação ou idade	<input type="checkbox"/> Reclassificação		
Rede de Ensino	<input type="checkbox"/> Pública Estadual		<input type="checkbox"/> do Paraná	<input type="checkbox"/> Outro estado. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> do Paraná	<input type="checkbox"/> Outro estado. Qual? _____		
	<input type="checkbox"/> Pública Municipal		<input type="checkbox"/> do Paraná	<input type="checkbox"/> Outro estado. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> do Paraná	<input type="checkbox"/> Outro estado. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Outro país. Qual? _____	
Situação no ano anterior	<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Reprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado por frequência	Qual(is) disciplinas não estão concluídas?		1) _____	2) _____	
				<input type="checkbox"/> Progressão Parcial / Dependência					

DECLARAÇÃO

DECLARO que:

- Li e tenho ciência da Proposta Política Pedagógica e do Regulamento Escolar deste Estabelecimento de Ensino, **aceitando integralmente as orientações e determinações do 7º CPM**, portanto requeiro a V. Sª. a matrícula do(a) estudante supra na série a que tem direito;
- Concordo em **contribuir voluntariamente e em caráter anual**, no ato da matrícula, com a APMF- Associação de Pais, Mestres e Funcionários do 7º CPM no **valor de R\$ 400,00** (quatrocentos reais);
- Estou ciente que **não há reembolso** dos valores pagos no ato da matrícula em caso de desistência ou transferência;
- Concordo em **participar voluntariamente, contribuir e vender ações entre amigos e promoções** desenvolvidas pela APMF em prol do 7º CPM (Ações entre amigos de Páscoa, Festa Junina, etc...);
- Autorizo a revista pessoal nas hipóteses previstas no art. 244, do Código de Processo Penal, bem como em seu armário, suas bolsas, mochilas, sacolas e similares (em caráter reservado, sem submeter o (a) estudante a uma situação constrangedora ou vexatória, perante os demais estudantes);
- Autorizo a realização de atividades educativas e desportivas extraclasse, em ambiente externo ao 7º Colégio da Polícia Militar do Paraná;
- Autorizo a realização de atividades cívico-militares (formatura no início e ao final de cada dia letivo, instruções de ordem unida, etc.) no pátio de formaturas do 7º Colégio da Polícia Militar do Paraná ou em outros locais;
- Estou ciente que é minha responsabilidade o acesso a todos os resultados (notas) pelo aplicativo Escola Paraná.
- Estou ciente que não há transferência entre os colégios da Rede CPMPR.

União da Vitória, _____ de _____ de _____.

Nome do Requerente: _____ (Responsável Legal ou Estudante maior de 18 anos)

Assinatura do Requerente: _____, concordando conforme acima citado.

Confirmo a matrícula do aluno nesta Instituição de Ensino e declaro estar ciente dos meus deveres e responsabilidades familiares com o(a) estudante, previstos na Constituição Federal, Lei n.º 8069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, Regimento Escolar da Instituição de Ensino e demais normas complementares ao que se refere à acompanhamento da sua vida escolar. Declaro ter conhecimento da Lei n.º 13.709/2018 – LGPD e autorizo o tratamento dos dados pessoais, sensíveis, biométricos e imagens do(a) estudante para fins específicos institucionais, estatísticos, declaração do Censo Escolar, Bolsa Família, Pé-de-Meia e programas implementados no ano letivo, planejamento e execução de ações, programas e políticas públicas estaduais, municipais e federais. Autorizo o compartilhamento dos dados com a rede de proteção, ministério público, sistema público de segurança, sistema público de saúde e demais setores da administração pública que possuam acordo de cooperação técnica para fins de políticas públicas. Declaro estar ciente e me comprometo a enviar os documentos obrigatórios para a efetivação da matrícula, sob pena de indeferimento deste requerimento e de atualizar os meus dados cadastrais e do estudante sempre que realizar qualquer alteração.

Local e data da solicitação da matrícula pelo responsável

Responsável Legal

Nome: _____

CPF: _____

Declaro que a documentação apresentada à Instituição para solicitação de matrícula está: Completa Incompleta
Após a análise, dos documentos pessoais e escolares, a solicitação de matrícula está: Deferida Indeferida

Local e data do deferimento da matrícula pela Instituição de Ensino

Secretário(a) Escolar
(Carimbo com nome e nomeação)

Diretor(a) Escolar
(Carimbo com nome e nomeação)



MATRÍCULA DO(A) ESTUDANTE PARA ESTE ANO LETIVO 2026

ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO - AEE

TIPO DE DEFICIÊNCIA, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA OU ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO

() Altas habilidades/ Superdotação	() Visão Monocular	() Surdez - usuário de Libras	() Transtorno do Espectro Autista
() Deficiência Física	() Baixa Visão	() Cegueira	() Deficiente auditivo
() Surdocegueira	() Deficiência Intelectual	() Deficiências Múltiplas	() Transtornos Mentais

DOCUMENTOS APRESENTADOS NO ATO DA MATRÍCULA COMPROVANDO OS ITENS ASSINALADOS ACIMA

Tipo de Avaliação	Data da Avaliação	Tipo do Laudo	Data da Avaliação	Observações
() Avaliação audiométrica		() Laudo fisioterápico		
() Avaliação de ingresso		() Laudo médico - clínico geral		
() Avaliação psicológica/ psicométrica		() Laudo neurológico/psiquiátrico		
() Avaliação psicopedagógica		() Laudo oftalmológico		
() Outro:		() Outro:		

DIAGNÓSTICO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Deficiência	Atendimento	Deficiência	Atendimento	Deficiência	Atendimento	Deficiência	Atendimento
Cegueira		Distúrbios de Aprendizagem		Transtorno do Espectro Autista		Transtornos Mentais	
() Acidente	() Sim () Não	() Discalculia	() Sim () Não	() Autismo	() Sim () Não	() Transt. Opositor Desafiant	() Sim () Não
() Catarata Congênita	() Sim () Não	() Dislalia	() Sim () Não	() Síndrome de Asperger	() Sim () Não	() Esquizofrenia	() Sim () Não
() Diagnóstico desconhecido	() Sim () Não	() Dislexia	() Sim () Não	Deficiência Intelectual	Atendimento	() Psicose	() Sim () Não
() Glaucoma	() Sim () Não	() Disortografia	() Sim () Não	() Diagnóstico desconhecido	() Sim () Não	() Transt. de Conduta	() Sim () Não
() Retinose Pigmentar	() Sim () Não	() TDAH	() Sim () Não	() Microcefalia	() Sim () Não		
Deficiência Física	Atendimento	Deficiência Visão Monocular	Atendimento	() Síndrome de Down	() Sim () Não	Deficiência Baixa Visão	Atendimento
() Distrofia Muscular	() Sim () Não	() Doenças na retina	() Sim () Não	() Síndrome de Rett	() Sim () Não	() B. Visão (20/80 a 20/150)	() Sim () Não
() Lesão Medular	() Sim () Não	() Doenças na Córnea	() Sim () Não	() Síndrome do X Frágil	() Sim () Não	() B. Visão (20/200a 20/400)	() Sim () Não
() Diagnóstico desconhecido	() Sim () Não	() Glaucoma	() Sim () Não	Deficiência Surdocegueira	Atendimento	() B. Visão (20/500 a 20/100)	() Sim () Não
() Lesão Neurológica	() Sim () Não	() Infecções	() Sim () Não	() Diagnóstico desconhecido	() Sim () Não		
() Lesão Neuromuscular	() Sim () Não	() Problemas Congênitos	() Sim () Não	() Anomalias Mult. Congênitas	() Sim () Não		
() Paralisia Cerebral	() Sim () Não	() Traumatismo no olho	() Sim () Não	() Prematuridade	() Sim () Não		
		() Tumores	() Sim () Não	() Rubéola Congênita	() Sim () Não		
				() Síndrome de Usher	() Sim () Não		
Deficiência Auditiva - não faz uso de Libras		Atendimento				Deficiência	Atendimento
() Perda auditiva leve - 26 a 40 dB		() Sim () Não				Surdez (usuário de Libras)	
() Perda auditiva moderada - 41 a 55 dB		() Sim () Não				() Perda auditiva moderada - 41 a 55 dB	() Sim () Não
() Perda auditiva moderadamente severa - 56 a 70 dB		() Sim () Não				() Perda auditiva moderadamente severa - 56 a 70 dB	() Sim () Não
() Perda auditiva severa - 71 a 90 dB		() Sim () Não				() Perda auditiva severa - 71 a 90 dB	() Sim () Não
() Perda auditiva profunda - acima de 91 dB		() Sim () Não				() Perda auditiva profunda - acima de 91 dB	() Sim () Não

ADAPTAÇÃO EM MATERIAL PEDAGÓGICO

() Livros ampliados	() Sorobá	() Reglete	() Material em Braile	() Cadeiras adaptadas	() Computadores adaptados	() Materiais de comunicação alternativa
----------------------	------------	-------------	------------------------	------------------------	----------------------------	--

OBS.:

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA USO DA(O) ESTUDANTE E PARTICIPAÇÃO EM AVALIAÇÕES

() Auxílio - Ledor	() Auxílio - Transcrição	() Guia- Intérprete	() Tradutor - Intérprete de Libras	() Leitura labial	() Prova em Braile	() Prova ampliada - fonte tamanho 18	() Prova ampliada - fonte tamanho 24	() Prova de Língua Portuguesa como segunda língua para Surdos e Deficientes Visuais	() Vídeo em Libras	() Nenhum
---------------------	---------------------------	----------------------	-------------------------------------	--------------------	---------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------	------------

LOCOMOÇÃO

() Faz uso de cadeiras de rodas	() Faz uso de muletas, bengala, entre outros	() Outros. Quais:
----------------------------------	---	--------------------

RECURSOS HUMANOS

() Tradutor intérprete de Libras	() Atendente	() Professor de Apoio Permanente	N.º do protocolo de solicitação/autorização	
() Segunda-feira	Horário		() Quinta-feira	Horário
Dia e horário de preferência para o AEE	() Terça-feira	Horário	() Sexta-feira	Horário

() Quarta-feira

Obs.:

ATIVIDADE FÍSICA

O(a) estudante tem alguma restrição para atividade física?	EM CASO POSITIVO, ENCAMINHE PARA A SECRETARIA O DOCUMENTO QUE AMPARA LEGALMENTE O IMPEDIMENTO OU QUE ORIENTE SOBRE AS RESTRIÇÕES.
() Não	Laudo Médico: () Sim () Não

() Sim Qual?



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da prática de atividade física de alunos do 7º Colégio da Polícia Militar do Paraná. Responsável, caso você responda "SIM" a uma ou mais perguntas, converse com o médico do aluno ANTES da execução de atividades físicas junto à Escola. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "SIM". Caso sejam apontadas restrições para execução de atividades físicas, o laudo médico, bem como documentos auxiliares ao diagnóstico devem ser apresentados ao 7º Colégio da Polícia Militar do Paraná no ato da matrícula ou rematrícula.

Por favor, assinale "SIM" ou "NÃO" às seguintes perguntas:

1. Algum médico já disse que o aluno possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?	() Não () Sim
2. O aluno sente dores no peito quando pratica atividade física?	() Não () Sim
3. No último mês, o aluno sentiu dores no peito quando praticou atividade física?	() Não () Sim
4. O aluno apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?	() Não () Sim
5. O aluno possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?	() Não () Sim
6. O aluno toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?	() Não () Sim
7. Sabe de alguma outra razão pela qual o aluno não deve praticar atividade física?	() Não () Sim

SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" A UMA OU MAIS PERGUNTAS,
LEIA E ASSINE O "TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA".

SE VOCÊ RESPONDEU "NÃO" TODAS AS PERGUNTAS,
LEIA E ASSINE O "TERMO DE LIBERAÇÃO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA".

TERMO DE LIBERAÇÃO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Eu, _____ RG nº _____ Responsável legal pelo (a) estudante acima citado(a), estou ciente de que por ter respondido "NÃO" a todas as perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física", o aluno será incluído, sem restrições, nas atividades físicas desenvolvidas pelo 7º Colégio da Polícia Militar do Paraná.

_____, _____, de _____ de _____.

Nome do Requerente: _____ (Responsável Legal ou Estudante maior de 18 anos)

Assinatura: _____, concordando conforme acima citado.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Eu, _____ RG nº _____ responsável legal pelo (a) estudante acima citado(a), estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar o nível atual de atividade física, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física". Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada pelo aluno sob minha responsabilidade, sem o atendimento a essa recomendação.

_____, _____, de _____ de _____.

Nome do Requerente: _____ (Responsável Legal ou Estudante maior de 18 anos)

Assinatura: _____, concordando conforme acima citado.

DADOS EMPREGATÍCIOS DO ESTUDANTE TRABALHADOR

Vínculo empregatício	() CLT	() Autônomo	() Familiar	() Estágio remunerado	() Jovem Aprendiz	() Informal	() Estágio Curricular
Atividade desempenhada ou Área de atuação	() Administrativo	() Atendimento ao cliente	() Comercial	() Compras	() Financeiro	() Marketing	() Mídia e comunicação
Agente integrador do Estágio Remunerado	() Operações	() Pedagógica	() Recursos humanos	() Saúde e cuidado	() Tecnologia da informação	() Outros:	
Entidade ofertante do Programa de Jovem Aprendiz	() CIEE	() SENAI	() SENAC	() SENAT	() SENAR	() SESCOOP	() GERAR

Nome fantasia do local de trabalho

Razão social do local de trabalho

CNPJ	Inscrição Estadual	Logradouro	
N.º	Bairro	CEP	Município
Telefone	Horário de trabalho	Vigência inicial do contrato	Observações
Renovação de contrato/nova vigência	Horário de trabalho	Observações	
Renovação de contrato/nova vigência	Horário de trabalho	Observações	
Renovação de contrato/nova vigência	Horário de trabalho	Observações	



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
FICHA DE SAÚDE
DADOS DO(A) ESTUDANTE

CGM	Nome como consta na certidão de nascimento		
COD INEP	Nome social		
Filiação 1 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 1		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 2 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 2		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 3 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 3		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Telefone para recado		Telefone para recado	

HISTÓRICO DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Possui convênio ou Plano de Saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual?	Contato/Carteira do Plano	Tipo sanguíneo / Fator RH
Faz uso de medicamento continuo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais?	Em caso positivo, o responsável legal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, deverá autorizar a Instituição de Ensino a ministrar ser anexada uma cópia da(o)s medicamento(s)?	
OBS.: A cópia válida da prescrição médica, com a posologia e a medicação deverá ser entregue pelo(a) responsável legal à Instituição de Ensino, identificada com o nome completo do(a) estudante, série, turma e a posologia a ser ministrada.			
A vacinação do(a) estudante está "em dia" conforme prevê a Lei Federal n.º 14.886/24?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Após o início do ano letivo (matrícula), o esquema vacinal foi atualizado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O(a) estudante já realizou cirurgias?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais?	
O(a) estudante é alergico(a)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Alimentos Quais? Se sim, qual tipo? <input type="checkbox"/> Medicamentos Quais? <input type="checkbox"/> Outras. Quais?	

Observações:

Doenças Crônicas

Asma/Bronquite Rinite alérgica Cardiopatia Convulsão/Doença neurológica Obesidade Doença da tireoide Epilepsia
 Hemofilia/Doenças do sangue _____ Hipertensão Arterial Diabetes* Transtornos psicológicos. Quais _____
 Intolerância a Lactose Doença Celíaca Outras. Quais

Observações:

Deficiências - obrigatório informar no requerimento de matrícula

<input type="checkbox"/> Visual	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Auditiva	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Física	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Outra(s):	Especifique:	
O(a) estudante tem alguma restrição à prática <input type="checkbox"/> Não de atividades físicas? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual tipo?	Em caso positivo, o responsável deverá encaminhar à secretaria escolar o documento que ampara legalmente o impedimento ou que oriente sobre as restrições

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ responsável legal pelo(a) estudante acima citado(a), autorizo o Colégio/Escola _____, em caso de emergência, encaminhar/solicitar socorro médico, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta Ficha de Saúde e comunicar-me imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

Local e data da solicitação da matrícula pelo responsável

Responsável Legal
Nome: _____
CPF: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DE USO DE IMAGEM E VOZ

Titular dos Dados Pessoais, Imagens e Voz/Responsável Legal do estudante

_____, portador do RG n.º _____, e CPF n.º _____, residente e domiciliado à _____, bairro _____, município de _____, estado _____, CEP _____, responsável legal pelo menor _____.

CONTROLADOR

Secretaria de Estado da Educação do Paraná – CNPJ 76.416.965/0001-21, sito à Avenida Presidente Kennedy, 2511, bairro Guaíra do município de Curitiba, estado do Paraná, CEP 80.610-011

Por meio deste instrumento, o TITULAR está ciente e concorda, de maneira livre, informada e inequívoca, com o tratamento de seus dados pessoais, imagens, voz e/ou produção textual quanto a divulgação a coleta, tratamento e utilização para fins pedagógicos pelo CONTROLADOR para suas divulgações institucionais em suas publicações/mídias impressas, publicações/mídias/portais digitais/televisivas, redes sociais (Facebook, Instagram, TikTok), ações e programas publicitários oficiais, sem fins lucrativos seguindo os princípios existentes no Art. 5º, inciso X da Constituição Federal de 1988, Lei Federal n.º 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal n.º 9.610/98, Art. 20 da Lei Federal 10.406/02, Art. 7º e 8º da Lei Federal n.º 12.965/2014, Lei Federal n.º 13.709/18 – LGPD e demais legislações vigentes sobre a temática.

Esta cessão, afasta o Titular e seus eventuais herdeiros de receberem qualquer espécie de indenização ou compensação em virtude do uso administrativo dos materiais, resguardado o direto de revogação de uso, a qualquer momento mediante nova manifestação.

Local: _____, de _____ de 202____.

Assinatura do(a) Responsável Legal

RG n.º _____

CPF n.º _____