



ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
7º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR



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 conjugue também for estudante, não deverá ser informada certidão de casamento para ambos	
Data de nascimento	Certidão de () Nascimento () Casamento		() Modelo Antigo	Número	Livro	Folha	Cor/raça citada na certidão de nascimento
Data de emissão da certidão			() Modelo Novo	Matrícula		() 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	Telefone para contato
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				



ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
7º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR



Filiação 2 <input type="checkbox"/> Não declarada		RG/RNE/RME	CPF
E-mail de uso pessoal da filiação 2		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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Maior Escolarização Concluída: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental ou Primário <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental ou Ginásio ou 1º Grau <input type="checkbox"/> Ensino Médio ou 2º Grau <input type="checkbox"/> Graduação ou Curso Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> 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
E-mail pessoal da(o) responsável legal		Cadúncio	
Autoriza a SEED enviar de mensagens de texto, WhatsApp e e-mail sobre divulgações, ações e programas			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
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 estudantes sempre atualizados junto à Instituição de Ensino.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Renda Total familiar <input type="checkbox"/> Optou em não informar <input type="checkbox"/> Sem renda <input type="checkbox"/> Até 01 salário mínimo <input type="checkbox"/> de 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 5 salários mínimos	Tipo de Moradia <input type="checkbox"/> Optou em não informar <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Cômodo <input type="checkbox"/> Coletiva		
Forma de ocupação da moradia <input type="checkbox"/> Optou em não informar <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Casa Lar ou Abrigo <input type="checkbox"/> Outro:	Tipo de construção <input type="checkbox"/> Optou em não informar <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Outro:		
Serviços que a moradia tem acesso <input type="checkbox"/> Água encanada <input type="checkbox"/> Energia elétrica <input type="checkbox"/> Esgoto <input type="checkbox"/> Coleta de lixo	Possui conexão de Internet na residência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Quais e quantos itens existem na moradia? <input type="checkbox"/> Banheiro___ <input type="checkbox"/> Rádio___ <input type="checkbox"/> Televisão___ <input type="checkbox"/> Geladeira___ <input type="checkbox"/> Computador___ <input type="checkbox"/> Celular Smart___ <input type="checkbox"/> Tablet___ <input type="checkbox"/> Freezer___ <input type="checkbox"/> Máquina de Lavar___ <input type="checkbox"/> Bicicleta___ <input type="checkbox"/> Motocicleta___ <input type="checkbox"/> Automóvel___			

COMPOSIÇÃO DO NUCLEO FAMILIAR DO(A) ESTUDANTE	
Quem mora com o estudante na mesma residência e quantos?	<input type="checkbox"/> Pai/Pais___ <input type="checkbox"/> Mãe/Mães___ <input type="checkbox"/> Avós___ <input type="checkbox"/> Tio/Tios___ <input type="checkbox"/> Tutor legal___ <input type="checkbox"/> Conjuge___ <input type="checkbox"/> Filhos___ <input type="checkbox"/> Irmão(s)___ <input type="checkbox"/> Outros___

DOCUMENTOS DO(A) ESTUDANTE ENTREGUES NO ATO DA MATRICULA	
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento <input type="checkbox"/> Comprovante de residência <input type="checkbox"/> CPF do estudante <input type="checkbox"/> CPF do responsável legal	
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Comprovante de vacinação <input type="checkbox"/> Histórico Escolar do Fundamental <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estou ciente e autorizo o uso de imagens do(a) estudante em páginas institucionais e redes sociais?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Sim	Estou ciente do processo e autorizo o uso de dados biométricos do(a) estudante para fins de frequência escolar?
<input type="checkbox"/> 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:_____



ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
7º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR



MATRÍCULA DO(A) ESTUDANTE PARA ESTE ANO LETIVO 2026

DADOS ESCOLARES DA ORIGEM DO(A) ESTUDANTE

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

DECLARAÇÃO

DECLARO que:

- Li e tenho ciência da Proposta Política Pedagógica e do Regulamento Escolar deste Estabelecimento de Ensino, **acatando 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.

Confirmando 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: _____

Declaramos 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)



ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
7º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR



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 EMPREGATICIOS 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 () Operações () Pedagógica () Recursos humanos () Saúde e cuidado () Tecnologia da informação () Outros:				
Agente integrador do Estágio Remunerado	() CIEE () GERAR () IEL () CEINEE () NUJEP () ISBET () Super Estágios () Central de Estágios () Pró-Estágios () Mais Estágios () CETEFE () Outro:				
Entidade ofertante do Programa de Jovem Aprendiz	() CIEE () SENAI () SENAC () SENAT () SENAR () SESCOOP () GERAR () PROA () Guarda Mirim () Outro:				
Nome fantasia do local de trabalho					
Razão social do local de trabalho					
CNPJ		Inscrição Estadual		Logradouro	
N.º	Bairro	CEP	Município	UF	E-mail
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		



ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
7º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR



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 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 1	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 2 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 2	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 3 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 3	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado

HISTÓRICO DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Possui convênio ou Plano de Saúde? () Não () Sim	Se sim, qual?	Contato/Carteira do Plano	Tipo sanguíneo / Fator RH
Faz uso de medicamento contínuo? () Sim	Se sim, quais?	Em caso positivo, o responsável legal () Não () Sim. Se sim, deverá autorizar a Instituição de Ensino a ministrar o(s) medicamento(s)? ser anexada uma cópia da prescrição médica	

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?	() Não () Sim	Após o início do ano letivo (matrícula), o esquema vacinal foi atualizado?	() Não () Sim	Se sim, deverá ser compartilhada nova cópia do comprovante de vacinação do(a) estudante.
O(a) estudante já realizou cirurgias?	() Não () Sim	Se sim, quais?		
O(a) estudante é alérgico(a)?	() Não () Sim	Se sim, qual tipo?	() Alimentos Quais?	
			() Medicamentos Quais?	
			() Outras. Quais?	

Observações:

Doenças Crônicas

() Asma/Bronquite () Rinite alérgica () Cardiopatia () Convulsão/Doença neurológica () Obesidade () Doença da tireóide () 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

() Visual	Especifique:		
() Auditiva	Especifique:		
() Física	Especifique:		
() Outra(s):	Especifique:		
O(a) estudante tem alguma restrição à prática de atividades físicas?	() Não () 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 publicitárias 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 direito 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 _____