PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVA
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

PARA USO DA ESCOLA	
CONTROLE DE ENTRADA DO ALUNO	
ESCOLA	SED
REGISTRO DE MATRICULA (RM)	REGISTRO DO ALUNO (RA)

ESCOLA:_____

_____

FICHA CADASTRAL DO ALUNO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

NOME DO ALUNO | SEXO

NASCIMENTO | LOCALIDADE | ESTADO | NACIONALIDADE | DIA | MÊS | ANO

FILIAÇÃO
NOME DO PAI
NOME DA MÃE

RESIDÊNCIA

(R.Av. Etc)_____Nº._____ _____

BAIRRO_____TEL._____CIDADE_____

OUTRAS INFORMAÇÕES_____

P/ USO ESC | SETOR

MUDANÇAS

PROCEDÊNCIA DO ALUNO

ESCOLA EQUIVALENTE

GRAU: | SÉRIE: | CURSO / HABILITAÇÃO

CIDADE | ESTADO OU PAÍS

JÁ ESTUDOU NESTA ESCOLA? | SIM | NÃO

MATRÍCULA E RENOVAÇÕES DE MATRÍCULA

SOLICITO MATRÍCULA_____ANO DO

1º GRAU | 2º GRAU | CURSO HABILITAÇÃO

DECLARO ACATAR AS NORMAS REGIMENTAIS DESSE ESTABELECIMENTO DE ENSINO

_____,_____DE_____DE 20_____

PARA USO DA ESCOLA								RESPONSÁVEL	SECRETÁRIO		
MOVIMENTAÇÃO DO ALUNO											
ANO	CLASSE T	G	S	I	NºCH	DEPEND., COMPL., CL. ESP., ETC. / COMPL., CUR., MODAL., TIPO, ETC.	IDADE	ASSINATURA	RUBLICA	DESPACHO	VISTO

PARA USO DA ESCOLA

ADAPTAÇÕES

EM PROGRESSO

COMPONENTE CURRICULAR	NATUREZA DA ADPTAÇÃO	RESULTADO	RUBR. DO SECRET.	VISTO DO DIRETOR

ANO DE TERM.	TOTAL DE HORAS	DATA DE ANOTAÇÃO	RUBRICA DO SECRETÁRIO	VISTO DO DIRETOR

DISPENSA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

LEI 6503/77				
	A	MATRICULADO NO NOTURNO E EXERCE ATIVIDADE PROFISSIONAL EM JORNADA IGUAL OU SUPERIOR A 5 HORAS DIÁRIAS	ATESTADO DE TRABALHO	ARQUIVA
	B	MAIOR DE 30 ANOS DE IDADE	UM DOC. DE IDENTIDADE	DEVOLVE
	C	SERVIÇO MILITAR	ATESTADO MILITAR	ARQUIVA
	D	DECRETO-LEI Nº 1044/99	ATESTADO MÉDICO	VER. DEC.-LEI
	E	ALUNA COM PROLE	CERT. DE NASC. DE UM FILHO	DEVOLVE
	F			
	G			
	H			

PARA USO DA ESCOLA				ALUNO	DIRETOR		PROFESSOR
DISPENSA	MOTIVO	PERÍODO					CIENTE
ANO LETIVO	LETRA	INÍCIO	TÉRMINO	ASSINATURA	DESPACHO	VISTO	ASSINATURA

PARA USO DA ESCOLA

DOCUMENTOS PESSOAIS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

A	REG. NASC.	Nº	LV.	(SUB) DISTRITO		CIDADE(MUNICIPIO)	
B	CÉD. IDENT.	RG	ORGÃO EXPEDITOR			CSM	DATA EXP.
C	CERT. AL. MIL.	Nº		SÉRIE	RM	CSM	DATA EXP
D	CERT. RESERV.	Nº	CAT.	SÉRIE	RM	CSM	DATA EXP
E	TIT. ELEIT.	Nº	ZONA		SEÇÃO		DATA EXP
F	CART. PROFIS	Nº		SÉRIE		EST	DATA EXP
G							
H							

TRANSFERÊNCIA

SOLICITO TRANSFERÊNCIA DE ESTUDOS

PARA OUTRO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

PARA O/A CURSO / HABILITAÇÃO_____

DESTE MESMO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

_____DE_____ DE 20_____

RESPONSÁVEL	DIRETOR	
	DESPACHO	ASSINATURA

OBSERVAÇÕES