

ALUNO

NOME: _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

M F

FOTO

RESPONSÁVEIS

PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL:

NOME COMPLETO: _____

_____ CPF: _____

RG: _____ ORGÃO EMISSOR: _____ EMAIL: _____

TELEFONES: _____ TELEFONES: _____ M F

LOGRADOURO: _____

NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

NOME COMPLETO: _____

_____ CPF: _____

RG: _____ ORGÃO EMISSOR: _____ EMAIL: _____

TELEFONES: _____ TELEFONES: _____ M F

LOGRADOURO: _____

NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

NOME COMPLETO: _____

_____ CPF: _____

RG: _____ ORGÃO EMISSOR: _____ EMAIL: _____

TELEFONES: _____ TELEFONES: _____ M F

LOGRADOURO: _____

NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

VOCÊ FOI RECOMENDADO POR UM ALUNO VETERANO? SIM NÃO

SE SIM, INFORME O NOME: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA, QUEM DEVERÁ SER COMUNICADO?

NOME: _____ TELEFONE: _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

EM CASO DE NÃO CONSEGUIR CONTATO, QUAL PROVIDÊNCIA TOMAR?

TIPO SANGUÍNEO: () A+ () B+ () AB+ () O+ () A- () B- () AB- () O-

ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? QUAL? _____

ALGUM TIPO DE ALERGIA? A QUÊ? _____

FAZ USO DE MEDICAMENTO CONTROLADO? QUAL? _____

POSSUI PLANO DE SAÚDE? QUAL? _____

É PORTADOR DE ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL? QUAL? (APRESENTAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO)

EM CASO DE URGÊNCIA, PARA QUAL HOSPITAL OU CLÍNICA ENCAMINHAR?

RESPONSÁVEL POR LEVAR E BUSCAR O ESTUDANTE NO POLO DE AULA:

NOME: _____ TELEFONE: _____

QUAL O VÍNCULO COM O ESTUDANTE? _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

QUAL O VÍNCULO COM O ESTUDANTE? _____

ASSINATURA DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: (ENCAMINHAR VIA E-MAIL OU PRESENCIALMENTE)

LISTA DE VERIFICAÇÃO	OK	FALTA	OBSERVAÇÃO
CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO			
CÓPIA DO CPF (DO ESTUDANTE)			
UMA FOTO 3X4 (DO ESTUDANTE)			
CÓPIAS DO RG E CPF DO PAI OU RESPONSÁVEL			
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA			