

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**Estabelecimento** COLÉGIO ESTADUAL POLIVALENTE - ENSINO FUNDAMENTAL, MÉDIO E PROFISSIONAL**DADOS DA(O) ALUNA(O)**

CGM	Nome Completo da(o) Aluna(o)											
Cert.Nasc./Casamento nº	Livro	Folha	Data da Emissão / /	Nome do Cartório			Município	UF				
Certidão de Nascimento/Casamento (modelo novo) matrícula nº				Município de registro			Declaração de Vacina () Sim () Não		(Obrigatório para menor de 18 anos) () Maior de 18 anos			
RG//RNE/RNM	UF	Órgão Emissor	Data da Expedição	Passaporte/RNE/RNM			Nacionalidade					
Data de Nascimento / /	Gênero	Estado Civil	Naturalidade/Município		UF	País	Local de nascimento		UF	País		
CPF	Título de Eleitor nº		Zona	Seção	Carteira de Reservista nº		Participa do Bolsa Família () Sim () Não		Cód. de Identificação Social - NIS nº			
Cor/Raça (Conforme a Certidão)	Como a(o) aluna(o) se autodeclara () Branca(o) () Amarela(o) () Preta(o) () Indígena () Parda(o) () Não declarada				No caso de Indígena () Guarani () Xetá () Kaingang () Xokleng () Outros. Qual?			No caso de aluna(o) não indígena, pertence a uma Comunidade Remanescente de Quilombo? () Sim () Não				

FILIAÇÃO

Filiação (1)											
RG/RNE/RNM	UF	CPF	Celular/WhatsApp			Liberar o acesso ao aplicativo Escola Paraná e a Área do aluno para fins de consulta. () Sim () Não					
E-mail											
Filiação (2)											
RG/RNE/RNM	UF	CPF	Celular/WhatsApp			Liberar o acesso ao aplicativo Escola Paraná e a Área do aluno para fins de consulta. () Sim () Não					
E-mail											

OBS. Liberar a visualização sempre que a(o) aluna(o) apresentar mais de um(a) responsável legal diferente ao informado no campo RESPONSÁVEL LEGAL											
Filiação (3)											
RG/RNE/RNM	UF	CPF	Celular/WhatsApp			Liberar o acesso ao aplicativo Escola Paraná e a Área do aluno para fins de consulta. () Sim () Não					
E-mail											
Filiação (4)											
RG/RNE/RNM	UF	CPF	Celular/WhatsApp			Liberar o acesso ao aplicativo Escola Paraná e a Área do aluno para fins de consulta. () Sim () Não					
E-mail											

OBS. Liberar a visualização sempre que a(o) aluna(o) apresentar mais de um(a) responsável legal diferente ao informado no campo RESPONSÁVEL LEGAL											
Nome da(o) Responsável Legal (Essa pessoa será a única autorizada a solicitar/realizar matrícula e/ou transferência online)										Parentesco	
CPF da(o) Responsável Legal			Celular/WhatsApp da(o) responsável legal			E-mail (sugere-se a utilização de e-mail pessoal)					
Celular/WhatsApp/aluna(o)				E-mail do aluna(o)							

ENDEREÇO / CONTATO

Logradouro (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, etc.)								Número	Complemento	
Bairro			Município				UF	País de Residência		
CEP	Caixa Postal	Tipo Identificação GEO		Número da conta de luz/água			Telefone Residencial		Telefone Comercial/Ramal	

TRANSPORTE ESCOLAR PÚBLICO

Utiliza o transporte escolar ofertado pelo poder público () Sim () Não	Transporte Escolar Adaptado () Sim () Não	Tipo de Veículo Utilizado () Ônibus () Barco até 5 Pessoas () Barco acima de 35 Pessoas () Micro-ônibus () Barco de 5 a 15 Pessoas () Bicicleta () Van/Kombi () Barco de 15 a 35 Pessoas () Tração Animal					Zona Residencial () Rural () Urbana	
Justificativa para o transporte escolar público () Reside a distância igual ou superior a 2 Km () No trajeto há fatores de risco ao aluno () Deficiente de locomoção () Ausência de acessibilidade e/ou presença de barreiras no trajeto () Obstáculos físicos no trajeto como rodovias, rios, ferrovias, etc...								

A(o) aluna(o) ou responsável que optar por matrícula em estabelecimento diferente daquele indicado pela Secretaria de Estado da Educação e do Esporte, seguindo o procedimento de matrícula, abdica do direito à utilização do transporte escolar público.

MATRÍCULA DA(O) ALUNA(O)									
CRECHE/EDUCAÇÃO INFANTIL/ ENSINO FUNDAMENTAL/ENSINO MÉDIO/CURSOS TÉCNICOS/FORMAÇÃO DE DOCENTES/CELEM/EJA FASE I E II E MÉDIO(SERE)									
Curso _____					Cód. Curso _____				
Série/Ano/Período/Etapa/Semestre _____			Turma _____		Turno _____				
Formas de Ingresso		<input type="checkbox"/> Inicial		<input type="checkbox"/> Transferência		<input type="checkbox"/> Classificação por avaliação ou idade		<input type="checkbox"/> Reclassificação	
Exceções da matrícula		(1) Adaptação		(2) Dependência		(3) Integralização			
<input type="checkbox"/>	Código _____	Disciplina _____	_____	Série/Ano _____	Turno _____	Turma _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Código _____	Disciplina _____	_____	Série/Ano _____	Turno _____	Turma _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Código _____	Disciplina _____	_____	Série/Ano _____	Turno _____	Turma _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Código _____	Disciplina _____	_____	Série/Ano _____	Turno _____	Turma _____	_____	_____	_____
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA (SEJA)									
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental FASE I			<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental FASE II			<input type="checkbox"/> Ensino Médio			
Disciplina _____	Forma de oferta _____	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Coletiva	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Turma _____	_____	_____	_____
Disciplina _____	Forma de oferta _____	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Coletiva	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Turma _____	_____	_____	_____
Disciplina _____	Forma de oferta _____	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Coletiva	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Turma _____	_____	_____	_____
Disciplina _____	Forma de oferta _____	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Coletiva	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Turma _____	_____	_____	_____
Formas de Ingresso		<input type="checkbox"/> Inicial		<input type="checkbox"/> Transferência		<input type="checkbox"/> Classificação por avaliação ou idade		<input type="checkbox"/> Reclassificação	
EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA (SERE)									
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental FASE I			<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental FASE II			<input type="checkbox"/> Ensino Médio			
Formas de Ingresso		<input type="checkbox"/> Inicial		<input type="checkbox"/> Transferência		<input type="checkbox"/> Classificação por avaliação ou idade		<input type="checkbox"/> Reclassificação	
<input type="checkbox"/> Semestre 1	Turno _____	<input type="checkbox"/> Semestre 2	Turno _____	<input type="checkbox"/> Semestre 3	Turno _____	<input type="checkbox"/> Semestre 4	Turno _____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Semestre 1	Turno _____	<input type="checkbox"/> Semestre 2	Turno _____	<input type="checkbox"/> Semestre 3	Turno _____	<input type="checkbox"/> Semestre 4	Turno _____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
disciplina _____	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> Aproveitamento _____ %	<input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> SEDE	<input type="checkbox"/> APED	Local Aped _____	_____	_____	_____
DISCIPLINAS OPTATIVAS									
Ensino Religioso		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não					
2ª - L.E.M.		<input type="checkbox"/> Sim		Qual? _____					
		<input type="checkbox"/> Não							
REDE DE ORIGEM DA(O) ALUNA(O)									
<input type="checkbox"/> do Paraná		<input type="checkbox"/> Outra UF		Qual? _____		<input type="checkbox"/> Particular		<input type="checkbox"/> do Paraná	
<input type="checkbox"/> Pública		<input type="checkbox"/> Outra UF		Qual? _____		<input type="checkbox"/> Particular		<input type="checkbox"/> Outra UF	
		<input type="checkbox"/> Outro País		Qual? _____				<input type="checkbox"/> Outro País	
								Qual? _____	
ENSINO DE ORIGEM		<input type="checkbox"/> Especial		<input type="checkbox"/> EJA		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Infantil	
								<input type="checkbox"/> Creche	
ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO									
<input type="checkbox"/> Necessita de Atendimento Educacional Especializado (preencher anexo)					<input type="checkbox"/> Não necessita de Atendimento Educacional Especializado				
OBSERVAÇÕES									
Venho, através deste, requerer matrícula para a(o) aluna(o) supracitada (o) declarando estar de acordo com as disposições do Regimento Escolar do Estabelecimento e demais normas complementares. Declaro que em atendimento a Lei n.º 13.709/2018, estou de acordo e autorizo o uso da imagem e dos registros da(o) aluna(o) nos Sistemas Estaduais de Educação para fins estatísticos da SEED e do Censo Escolar, para planejamento e execução de políticas públicas e atendimento à rede de proteção.									
Nome do Requerente (Responsavel Legal ou Estudante maior de 18 anos) _____									
Local, data <u>LONDRINA</u> , _____/_____/_____					Assinatura Responsável Legal _____				
Declaro que a documentação apresentada para a matrícula está completa e preenche os requisitos exigidos pela legislação vigente.									
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pendências _____									
Local, data _____/_____/_____									
Secretária(o) _____					Direção _____				

ANEXO - ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO**TIPO DE DEFICIÊNCIA, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA OU ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO**

<input type="checkbox"/> Altas Habilidades/Superdotação	<input type="checkbox"/> Baixa Visão	<input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas
<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Surdez (usuário de Libras)	<input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Deficiente Auditivo (não faz uso de Libras)	<input type="checkbox"/> Transtornos Mentais
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Surdocegueira	<input type="checkbox"/> Distúrbios de Aprendizagem

Documentos apresentados no Ato da Matrícula	Data da Avaliação	Documentos apresentados no Ato da Matrícula	Data da Avaliação
<input type="checkbox"/> Avaliação audiométrica	/ /	<input type="checkbox"/> Laudo fisioterápico	/ /
<input type="checkbox"/> Avaliação de Ingresso	/ /	<input type="checkbox"/> Laudo médico (clínico em geral)	/ /
<input type="checkbox"/> Avaliação psicológica/psicométrica	/ /	<input type="checkbox"/> Laudo neurológico/psiquiátrico	/ /
<input type="checkbox"/> Avaliação psicopedagógica	/ /	<input type="checkbox"/> Laudo oftalmológico	/ /
<input type="checkbox"/> Parecer pedagógico	/ /		

DIAGNÓSTICO - EDUCAÇÃO ESPECIAL

Cegueira	Requer atendimento especializado	Deficiência Intelectual	Requer atendimento especializado
<input type="checkbox"/> Acidentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Catarata Congênita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome de Rett	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Retinose Pigmentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Deficiência Física	Requer atendimento especializado	Baixa Visão	Requer atendimento especializado
<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixa visão (20/80 a 20/150)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixa visão (20/200 a 20/400)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Lesão Medular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixa visão (20/500 a 20/1000)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Lesão Neurológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Surdez (usuário de Libras)	Requer atendimento especializado
<input type="checkbox"/> Lesão Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva moderada (41 a 55 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva moderadamente severa (56 a 70 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Surdocegueira	Requer atendimento especializado	<input type="checkbox"/> Perda auditiva severa (71 a 90 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Anomalias Múltiplas Congênitas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva profunda (acima de 91 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Deficiência Auditiva (não faz uso de Libras)	Requer atendimento especializado
<input type="checkbox"/> Prematuridade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva leve (26 a 40 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Rubéola Congênita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva moderada (41 a 55 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Síndrome de Usher	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva moderadamente severa (56 a 70 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Transtorno do Espectro Autista	Requer atendimento especializado	<input type="checkbox"/> Perda auditiva severa (71 a 90 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Perda auditiva profunda (acima de 91 dB)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Distúrbios de Aprendizagem	Requer atendimento especializado
Transtornos Mentais	Requer atendimento especializado	<input type="checkbox"/> Discalculia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dislalia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Psicose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Transtorno Opositor Desafiante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Disortografia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Transtorno de Conduta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ADAPTAÇÃO EM MATERIAL PEDAGÓGICO

<input type="checkbox"/> Livros ampliados	<input type="checkbox"/> Sorobã	<input type="checkbox"/> Carteiras adaptadas	<input type="checkbox"/> Materiais de Comunicação Alternativa
<input type="checkbox"/> Reglete	<input type="checkbox"/> Material em Braille	<input type="checkbox"/> Computadores adaptados	

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

<input type="checkbox"/> Auxílio-Ledor	<input type="checkbox"/> Leitura Labial	<input type="checkbox"/> Prova de Língua Portuguesa como segunda língua para Surdos e Deficientes Auditivos
<input type="checkbox"/> Auxílio-Transcrição	<input type="checkbox"/> Prova Ampliada (fonte tamanho 18)	<input type="checkbox"/> Vídeo em Libras
<input type="checkbox"/> Guia-Intérprete	<input type="checkbox"/> Prova Ampliada (fonte tamanho 24)	<input type="checkbox"/> Prova em Braille
<input type="checkbox"/> Tradutor-Intérprete de LIBRAS	<input type="checkbox"/> CD com áudio para Deficiente Visual	<input type="checkbox"/> Nenhum

LOCOMOÇÃO

<input type="checkbox"/> Faz uso de cadeira de roda	<input type="checkbox"/> Faz uso de muletas, bengalas, entre outros	<input type="checkbox"/> Outros. Quais: _____
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

RECURSOS HUMANOS

<input type="checkbox"/> Tradutor Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Atendente	<input type="checkbox"/> Professor de Apoio Permanente
--------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------------------------

ATENDIMENTO MÉDICO/CLÍNICO QUE A(O) ALUNA(O) RECEBE

<input type="checkbox"/> Outros atendimentos	Quais?
----------------------------------------------	--------

Dia e horário desses atendimentos

Dia e hora de preferência para o AEE <input type="checkbox"/> Segunda-feira Horário _____ <input type="checkbox"/> Quarta-feira Horário _____ <input type="checkbox"/> Sexta-feira Horário _____	<input type="checkbox"/> Terça-feira Horário _____ <input type="checkbox"/> Quinta-feira Horário _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

OUTRAS PARTICULARIDADES