



MAPLE BEAR JI-PARANÁ Holanda e Cia Ltda - CNPJ 46.652.021/0001-92 Autorização da Educação Infantil e Ensino Fundamental I: Parecer CEB/CEE/RO nº 021/23 e Resolução CEB/CEE/RO n° 855/23 de 17 de abril de 2023

FICHA INDIVIDUAL INSTITUCIONAL

- Uso do formulário: Este formulário deve ser preenchido pelos pais ou responsáveis e mantido no prontuário escolar do aluno. As informações coletadas neste

	formulário têm o propósito	de identificação do aluno e só será		
		INFORMAÇÕES SOBRE O ALU	INO	
Nome Completo:				
Data de Nascimento:	Telefone Residencial:	Telefone Celular (Pais):	Telefone Comercial (Pais):	Primeiro Dia de Frequência:
Endereço Residencial Comple	eto:	,	,	
– É permitida aos pais	e responsáveis visitas à escola nos p	eríodos escolares, exceto quando l anexar ordem judicial. –	nouver proibição ou restrição legal po	r ordem judicial. Se aplicável,
	Nome Completo:			
	Endereço Residencial Completo:			
	Telefone Celular:	E-Mail:		
	Endereço Comercial:			Telefone:
	Nome Completo:			
	Endereço Residencial Completo:			
	Telefone Celular:	E-Mail:		
	Endereço Comercial:	,		Telefone:
		TORIZADA A BUSCAR O(A) ALUN		
	 Fornecer informações e anexa 	r fotografia de cada pessoa autoriza	ada a buscar o(a) aluno(a) na escola.	-
	Nome Completo:			
	Parentesco:			
	RG:			
	Telefone/Celular:			
;	Nome Completo:			
	Parentesco:			
	RG:			
	Telefone/Celular:			

	Nome Completo:					
	Parentesco:					
	RG:					
	Telefone/Celular:					
	Nome Completo:					
	Parentesco:					
	RG:					
	Telefone/Celular:					
	PESSOAS A CONTATAR EM CASO DE URGÊNCIA					
	Listar informações de cada pessoa a contatar quando os pais ou responsáveis não puderem ser local.	zados. –				
Nome Completo:						
Parentesco:						
i diciticaco.						
RG:						
T. ((0.1)						
Telefone/Celular:						
Nome Completo:						
Parentesco:						
RG:						
Telefone/Celular:						
	MÉDICO E HOSPITAL EM CASOS DE EMERGÊNACIA					
Hospital:	MEDIOO E 11001 FIRE EM GROSS DE EMERCENACIA					
NAZ P						
Médico:						
Endereço:						
Telefone/Celular:						
	AUTORIZAÇÃO					
Consito que meu(inha) f	ilha(o) receba tratamento médico de emergência, em caso dos pais não serem encontrados.	Sim	☐ Não			
Conheço as normas e políticas adotadas nesta escola.						
Assinatura Pai/Mãe ou Responsá	vel:	Data:				