

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

Estabelecimento \_\_\_\_\_

**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										
<b>OBS. Liberar a visualização sempre que a(o) aluna(o) apresentar mais de um(a) responsável legal diferente ao informado no campo RESPONSÁVEL LEGAL</b>										
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										

<b>OBS. Liberar a visualização sempre que a(o) aluna(o) apresentar mais de um(a) responsável legal diferente ao informado no campo RESPONSÁVEL LEGAL</b>										
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
<b>Justificativa para o transporte escolar público</b> ( ) 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	
<b>Exceções da matrícula</b>		(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? _____	
<b>ENSINO DE ORIGEM</b>		<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 _____, _____/_____/_____									
								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 <b>preferência</b> para o AEE			
<input type="checkbox"/> Segunda-feira	Horário _____	<input type="checkbox"/> Terça-feira	Horário _____
<input type="checkbox"/> Quarta-feira	Horário _____	<input type="checkbox"/> Quinta-feira	Horário _____
<input type="checkbox"/> Sexta-feira	Horário _____		

OUTRAS PARTICULARIDADES