

# REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Ao: Instituto Educacional Risque e Rabisque Ltda. localizado na Rua Matutina, 380, bairro Santa Inês, CEP 31080 300, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nome do aluno (a) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Eu (responsável financeiro), \_\_\_\_\_,

abaixo assinado na qualidade de mãe/pai do (a) menor citado acima, venho solicitar sua matrícula nesse estabelecimento, responsabilizando-me pelo pagamento nos respectivos vencimentos das \_\_\_\_ (\_\_\_\_) parcelas do curso indicado e declarando estar de acordo com as disposições do regimento interno do Instituto Educacional Risque e Rabisque Ltda. Para tanto, presto os esclarecimentos abaixo:

Endereço Residencial: Rua/Avenida _____	
Número: _____	Complemento _____ Bairro _____
Telefone residencial _____	CEP _____
Nome da mãe: _____	
Celular _____	Telefone comercial _____
E-mail _____	
Profissão _____	Local de trabalho (empresa) _____
Nome do pai: _____	
Celular _____	Telefone comercial _____
E-mail _____	
Profissão _____	Local de trabalho (empresa) _____
Convênio médico: _____	
A criança tem alergia a algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____	
A criança tem alergia a algum alimento? ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____	
Pessoas autorizadas a buscar a criança: _____	
Outras informações necessárias sobre a criança: _____	
Curso: _____ Horário: _____ às _____ Valor da mensalidade R\$ _____	
( ) almoço ( ) banho ( ) jantar ( ) suco e/ou fruta	
Em caso de febre, qual medicamento administrar? _____	
Quantas gotas? _____	Quantos ml? _____

Como conheceram a escola?

( ) Pesquisa própria ( ) Indicação \_\_\_\_\_ ( ) Outros \_\_\_\_\_

Assinatura do 2º Acordante: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do 3º Acordante: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_