



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

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					Declaração de Vacina (Obrigatório para menor de 18 anos) () Sim () Não () 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	
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)			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

Mãe (1):

RG/RNE/RNM	UF	CPF	Celular/Whatsapp	Liberar para solicitação de documentos <i>On-line</i> , acesso ao aplicativo Escola Paraná e transferência () Sim () Não
------------	----	-----	------------------	---

E-mail: _____

Mãe (2):

RG/RNE/RNM	UF	CPF:	Celular/Whatsapp:
------------	----	------	-------------------

E-mail: _____

OBS.: Liberar a visualização sempre que a(o) aluna(o) apresentar mais de um(a) responsável legal diferente ao informado no campo RESPONSABILÉVEL LEGAL

Pai (1)

RG/RNE	UF	CPF	Celular/Whatsapp	Liberar para solicitação de documentos <i>On-line</i> , acesso ao aplicativo Escola Paraná e transferência () Sim () Não
--------	----	-----	------------------	---

E-mail: _____

Pai (2)

RG/RNE	UF	CPF	Celular/Whatsapp
--------	----	-----	------------------

E-mail: _____

OBS.: Liberar a visualização sempre que a(o) aluna(o) apresentar mais de um(a) responsável legal diferente ao informado no campo RESPONSABILÉVEL LEGAL

Nome da(o) Responsável Legal _____ Parentesco _____

CPF da(o) Responsável Legal	Celular/Whatsapp da(o) responsável	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			Zona Residencial () Rural () Urbana
		() 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	

Justificativa para o transporte escolar

() 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, seguindo o procedimento de matrícula, abdica do direito à utilização do transporte escolar.

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
<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
<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"/> 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"/> 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"/> 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 adaptados	<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 cadeiras de rodas <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"/> Terça-feira Horário: _____			
<input type="checkbox"/> Quarta-feira Horário: _____ <input type="checkbox"/> Quinta-feira Horário: _____			
<input type="checkbox"/> Sexta-feira Horário: _____			
OUTRAS PARTICULARIDADES			

MATRÍCULA DA(O) ALUNA(O)

CRECHE/EDUCAÇÃO INFANTIL/ ENSINO FUNDAMENTAL/ENSINO MÉDIO/CURSOS TÉCNICOS/FORMAÇÃO DE DOCENTES/CELEM/EJA FASE I (SERE)

Curso: _____ Código: _____
 Série/Ano/Período/Etapa/Semestre _____ Turma: _____ Turno: _____
 Formas de Ingresso () Inicial () Transferência () Classificação por avaliação ou idade () Reclassificação
 Série/Ano: _____ Série/Ano: _____
 Exceções da matrícula: (1) Adaptação (2) Dependência (3) Integralização
 () Código: _____ Disciplina: _____ Série/Ano: _____ Turno: _____ Turma: _____
 () Código: _____ Disciplina: _____ Série/Ano: _____ Turno: _____ Turma: _____
 () Código: _____ Disciplina: _____ Série/Ano: _____ Turno: _____ Turma: _____
 () Código: _____ Disciplina: _____ Série/Ano: _____ Turno: _____ Turma: _____

EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA (SEJA)

() Ensino Fundamental FASE I
 () Ensino Fundamental FASE II
 () Ensino Médio
 Disciplina: _____ Forma de oferta: () Individual () SEDE () APED
 () Coletiva Turma: _____ () SEDE () APED
 Disciplina: _____ Forma de oferta: () Individual () SEDE () APED
 () Coletiva Turma: _____ () SEDE () APED
 Disciplina: _____ Forma de oferta: () Individual () SEDE () APED
 () Coletiva Turma: _____ () SEDE () APED
 Disciplina: _____ Forma de oferta: () Individual () SEDE () APED
 () Coletiva Turma: _____ () SEDE () APED
 Formas de Ingresso () Inicial () Transferência () Classificação por avaliação ou idade () Reclassificação

DISCIPLINAS OPTATIVAS

Ensino Religioso () Sim () Não
 2ª - L.E.M. () Sim Qual: _____
 () Não

REDE DE ORIGEM DA(O) ALUNA(O)

() do Paraná () do Paraná
 () Pública () Outra UF Qual: _____ () Particular () Outra UF Qual: _____
 () Outro País Qual: _____ () Outro País Qual: _____

ENSINO DE ORIGEM: () Especial () EJA () Regular () Infantil () Creche

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.

Local _____ / _____ / _____

Requerente _____

Nome do requerente

Assinatura _____

Declaro que a documentação apresentada para a matrícula está completa e preenche os requisitos exigidos pela legislação vigente.

() Sim
() Não. Pendências _____

Local _____ / _____ / _____

Secretária(o) _____

Direção _____



SERE 04

É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo.

