

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA
TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EDUCACIONAIS
DO ANO LETIVO DE 2019

Senhor(a) Diretor(a) da **TRIANA EDUCAÇÃO LTDA - (Builders Educação Bilingue)**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.127.427/0001-80, com sede na Rua Ribeiro de Barros, nº 128, Vila Anglo Brasileira, São Paulo/SP, CEP 05027-020, venho requerer a matrícula do(a) aluno(a) abaixo qualificado:

Informações Matrícula

Dados do aluno

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Série: _____ Período: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Sexo: Masc. Fem.

O aluno mora com: pai mãe Outro: _____

Dados Responsável (Mãe ou Pai) / Contratante 1

Nome Completo: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ RG: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Cartório para reconhecimento de firma (se necessário): _____

End. Residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefones: Resid.: _____ Com.: _____ Cel.: _____

Empresa onde trabalha: _____ Cargo: _____

Endereço Com.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail: (Preferencialmente Gmail): _____

Dados Responsável (Mãe ou Pai) / Contratante 2

Nome Completo: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ RG: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Cartório para reconhecimento de firma (se necessário): _____

End. Residencial: idem ao de cima, ou, _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefones: Resid.: _____ Com.: _____ Cel.: _____

Empresa onde trabalha: _____ Cargo: _____

Endereço Com.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail: (Preferencialmente Gmail): _____



Assinale qual Contratante é o:

Responsável Financeiro para fins de envio de boletos, emissão de notas fiscais e declaração de imposto de renda:

Contratante 1 Contratante 2 Outro

Responsável Legal para fins pedagógicos:

Contratante 1 Contratante 2 Outro

Em caso de outro preencher os dados abaixo:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Email: _____

Grau de Parentesco com o Aluno: _____

Valores das anuidades

Série	Anuidade	12 Parcelas		13 Parcelas
		Valor da 1ª das 12 parcelas	Valor de cada uma das 11 parcelas	Valor de cada uma das 13 parcelas
K1, K2, K3	41.431,00	3.187,00	3.476,73	3.187,00
K4, K5	46.462,00	3.574,00	3.898,91	3.574,00
1st, 2nd	59.540,00	4.580,00	4.996,36	4.580,00
3rd, 4th, 5th	64.350,00	4.950,00	5.400,00	4.950,00

Os valores das anuidades contemplam a alimentação diária e o material de uso coletivo.

O valor da anuidade poderá ser pago conforme opção assinalada abaixo:

12 parcelas

13 parcelas

Anuidade antecipada com desconto

Setembro = 8% à vista

Outubro = 7% à vista

Novembro = 6% à vista

Dezembro = 5% à vista

Aluno/ Irmão:

1º Filho

2º Filho

3º Filho em diante



Informações Familiares

Os pais são: Casados Separados União estável Outro: _____

Se separados:

Existe uma nova união do pai? Não Sim Há quanto tempo: _____

Existe uma nova união da mãe? Não Sim Há quanto tempo: _____

Relação entre os pais após a separação: Normal Difícil Inexistente

Quem é responsável pelo aluno? Pai Mãe Outro: _____

Obs: Em caso de guarda judicial, encaminhar cópia da determinação.

A aluno tem irmãos? Não Sim

Nome: _____ Idade: _____ Escola: _____

Nome: _____ Idade: _____ Escola: _____

Nome: _____ Idade: _____ Escola: _____

Se os pais trabalham, com quem fica o aluno?

Nome: _____ Tel.: _____ Grau de Parentesco: _____

Saúde e Estado Físico

Tipo Sanguíneo: _____

Pediatra: _____ Telefone: _____

Faz Acompanhamento:

Fonoaudiológico Não Sim Nome do profissional: _____ Tel: _____

Psicológico Não Sim Nome do profissional: _____ Tel: _____

Outro Não Sim Quais? _____

Usa óculos? Não Sim Grau: _____

Miopia Hipermetropia Astigmatismo

As vacinas estão em dia? Não Sim Qual ainda não tomou?: _____

Apresenta alguma dificuldade motora? Não Sim Quais? _____

O aluno é: Destro Canhoto Ambidestro

O aluno já foi hospitalizado? Se sim, com que idade? Por qual razão? Por quanto tempo? _____

Apresenta algum comportamento que lhe causa preocupação? _____

IMPORTANTE:

Em caso afirmativo para os itens abaixo, será necessário apresentar laudo médico atestando que o aluno está apto a frequentar a Escola, descrevendo os cuidados necessários.

É diabético? Não Sim Depende de insulina? _____

Sofre Convulsões/Epilepsia? Não Sim Frequência: _____

Faz uso de medicamentos? Não Sim Quais? _____

O aluno apresenta alguma deficiência? Tem Não Sim Quais? _____

restrição para realizar atividade física? Não Sim Quais? _____

Possui alguns desses problemas de saúde? Asma Bronquite Rinite Sinusite Coração Hipertensão

Enxaqueca Outros: _____



Tem alguma restrição alimentar? Sim Não

Motivo: Alergia Intolerância Religioso

Alimentos Proibidos: _____

Observações: _____

IMPORTANTE: Em caso de restrição alimentar por motivos de alergia ou intolerância, é obrigatório o envio do laudo/relatório médico.

URGÊNCIA

Em caso de urgência e os pais não forem localizados, entrar em contato com:

Nome: _____ Tel.: _____ Cel.: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Tel.: _____ Cel.: _____ Parentesco: _____

Em caso de febre, não sendo localizados os pais e/ou responsáveis pelo aluno, qual antitérmico ou analgésico, deverá ser ministrado e dosagem? _____

Convênio médico? Sim Não Qual: _____

Plano: _____ N° Carteira: _____

Pessoas autorizadas a retirar o aluno da escola

Nome: _____ RG: _____ Tel.: _____

Nome: _____ RG: _____ Tel.: _____

Nome: _____ RG: _____ Tel.: _____

Preenchimento Somente Para Aluno Novo

Apelido: _____ Língua Materna: _____ Idioma falado em casa: _____

Religião: _____

O aluno é: Biológico Adotivo

Em caso de adoção, o aluno sabe? Como o assunto é tratado em casa? _____

Quando começou a falar? _____ Quando começou a andar? _____

Apresenta dificuldade de fala? Não Sim Em que momento? _____

Usa chupeta? Não Sim Em que momento? _____

Chupa dedo? Não Sim Em que momento? _____

Usa fraldas? Não Sim Com qual idade deixou usar? _____

Como se relaciona com adultos e crianças? _____

Registre as 3 últimas escolas que o aluno estudou? _____



Registre outras informações inerentes à saúde do aluno ou características que não foram especificadas anteriormente.

Ex.: se o aluno costuma morder, como age em momento de euforia, frustração ou alguma habilidade específica:

Considerações e Declarações Gerais

1 - Os Contratantes declaram que tem ciência que este Requerimento de Matrícula faz parte integrante do Contrato de Prestação de Serviços do ano letivo de 2019.

2 - Os Contratantes declaram que leram e aceitam todas as cláusulas e condições previstas no Contrato de Prestação de Serviços do ano letivo de 2019 disponibilizados pela Contratada em seu “site”, e ainda, que esta declaração implica na formalização da contratação e adesão a todas as cláusulas quanto a direitos, obrigações e outros.

3 - A matrícula (ou rematrícula) será efetivada com o pagamento integral da (primeira) parcela da anuidade do ano letivo de 2019 e demais condições previstas na Cláusula 6ª do referido Contrato.

4 - Na hipótese de indeferimento da matrícula ora requerida, os Contratantes declaram que estão cientes que o Contrato de Prestação de Serviços Educacionais firmado será considerado rescindido.

5 - É obrigatório que as informações cadastrais contidas nesta ficha do(a) aluno(a) acima citado(a) seja atualizada, em caso de alteração, perante a Contratada.

Declaro que tomei conhecimento e concordo com as condições informadas neste Requerimento de Matrícula e no Contrato de Prestação de Serviços do ano letivo de 2019.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura

Responsável (Mãe ou Pai) / Contratante 1

Assinatura

Responsável (Mãe ou Pai) / Contratante 2

Assinatura

Responsável Financeiro (em caso de outro)



DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA MATRÍCULA

- **Alunos novos:**
Cópia da Certidão de Nascimento ou RG e CPF
Cópia da Carteira de Vacinação
Cópia da Carteirinha Convênio Médico
2 Fotos 3X4
Atestado de Saúde
Termo de Quitação de Débito
- **Alunos a partir do K4, adicionar:**
Avaliação Audiológica
Avaliação Fonoaudiológica
Avaliação Oftalmológica
- **Alunos antigos:**
Atestado de Saúde
Documentos acima: Caso tenha ocorrido alguma alteração no último ano
- **Contratantes:**
Cópia RG e CPF
Cópia do Comprovante de Residência

PARA USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA

Data: ____/____/20____ Ano de Ingresso: _____ Prontuário: _____

Entrada de Aluno

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Matrícula Sigaa | <input type="checkbox"/> Incluir Lista de Alunos |
| <input type="checkbox"/> Cadastro ClassApp | <input type="checkbox"/> Protocolo para equipe |
| <input type="checkbox"/> Material padronizado | <input type="checkbox"/> Aluno Novo Portão |
| <input type="checkbox"/> Incluir Carômetro Turma | <input type="checkbox"/> Pedido Experimenta EF |

Saída de Aluno

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancelamento Sigaa | <input type="checkbox"/> Excluir ClassApp |
| <input type="checkbox"/> Planilha arquivo morto | <input type="checkbox"/> Excluir Carômetro |
| <input type="checkbox"/> Protocolo para Equipe | <input type="checkbox"/> Excluir Lista de Alunos e Colocar em Saídas e o Motivo |
| <input type="checkbox"/> Incluir no email mkt em ex aluno | |

