

## REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DE MATRÍCULA

ANO LETIVO: \_\_\_\_\_

Ensino Médio Técnico em

Série/Período: ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º ( ) 4º

( ) INTEGRALIZADO

ALUNO/A:		MATRÍCULA:	
CPF:		E-MAIL:	
RESPONSÁVEL(CASO MENOR DE IDADE):			
CPF (RESPONSÁVEL):		GRAU DE PARENTESCO:	
ENDEREÇO:		Nº:	
BAIRRO:		CIDADE DE DOMÍLIO/UF:	
CONTATO: Celular (aluno) _____		Telefone Fixo: _____	
Celular (pai, mãe ou responsável) _____		Outro: _____	
<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS/SAÚDE:</b> Alérgico: ( ) Não ( ) Sim - Especificar tipo de alergia: _____			
Usa medicamento diariamente: ( ) Não ( ) Sim - Especificar Medicamento e Dosagem: _____			
Apresenta deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação: ( ) Não ( ) Sim			
Especificar: _____ Obs.: _____			
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:</b>			
Possui vínculo com outra instituição de ensino: ( ) Não ( ) Sim			
Especificar a Instituição ( Nome/Série/Curso): _____			
Obs.: _____			
Utiliza transporte escolar oferecido pelo <b>poder público</b> (sem pagar)?			
( ) Sim - Especificar: ( ) Municipal ( ) Estadual			
( ) Não - Especificar: ( ) A pé ( ) Bicicleta ( ) Carro Particular ( ) Moto ( ) Ônibus Intermunicipal ( ) Ônibus Urbano			
Trabalha: ( ) Não ( ) Sim - Local: _____ Horário: _____			

Penedo - AL \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do/a aluno/a ou Responsável  
(NÃO RUBRICAR)