Lembretes!

PRAZO RECURSAL - 18 a 22/12/2023

Enviar requerimento específico (modelo anexo) para o email: selecaovioleta@gmail.com .

Para a interposição de recurso não cabe apresentação de documentos diferentes dos já apresentados no ato de inscrição.

RESULTADO FINAL - 03/01/2024

Afixado na escola e no site da CREDE18 https://www.crede18.seduc.ce.gov.br

MATRÍCULA

A matrícula será realizada na secretaria da EEEP Violeta Arraes, no período e horário, estabelecidos conforme cronograma do edital e efetivada mediante a entrega de toda a documentação exigida.

- ✔ 04/01/2024 – Estética
- ✔ 05/01/2024 – Informática
- ✔ 08/01/2024 – Manutenção
- ✔ 09/01/2024 – Áudio e vídeo

DOCUMENTAÇÃO PARA A MATRÍCULA

- ✔ requerimento de matrícula preenchido (disponível no ato da matricula);
- ✔ histórico escolar de conclusão do ensino fundamental;
- ✔ 02 (duas) fotografias 3x4 recentes e iguais;
- ✔ cópia da certidão de nascimento;
- ✔ ficha de saúde devidamente preenchida (disponível no ato da matricula);
- ✔ perfil socioeconômico familiar devidamente preenchido (disponível no ato da matricula);
- ✔ cópia do comprovante de endereço;
- ✔ cópia do cartão de vacinação, conforme Lei no 16.929, de 09/07/2019, para estudantes até 18 anos;
- ✔ cópia do cartão de vacinação contra COVID-19,
- ✔ cópia dos documentos de Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e, quando as famílias forem cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais, deverá apresentar o Número de Identificação Social (NIS);

ESTADO DO CEARÁ
18ª Coordenadoria Regional de Desenvolvimento da Educação
EEEP MARIA VIOLETA ARRAES DE ALENCAR GERVAISEAU
Crato - Ceará

FICHA DE MATRÍCULA - ANO: 2024

ATENÇÃO: Esta ficha de matrícula é um documento de preenchimento obrigatório, sem rasuras, de acordo com o documento do aluno e assinada pelo responsável.

DADOS DO ALUNO

NOME SOCIAL(Para alunos que se declaram travesti, transexual ou transgênero): _____

NOME CIVIL: _____

BOLSA FAMÍLIA: Recebe? ( )SIM ( )Não

RAÇA/COR: ( ) Não declarada ( )Amarela ( )Branca ( )Parda ( )Preta ( )Indígena- Etnia _____

UTILIZA O TRANSPORTE ESCOLAR OFERECIDO PELO PODER PÚBLICO? ( ) NÃO ( )SIM

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ **Nº** ___**Bairro:** _____

Município: _____ **CEP:** _____**Sitio:** _____

Zona: ( )Urbana ( )Rural E-mail: _____**Telefone:** _____

DADOS DA MÃE	**NOME:**	
CPF		
TRABALHO	LOCAL;	PROFISSÃO:
	ENDEREÇO:	
E-MAIL		
TELEFONE		
DADOS DO PAI	**NOME:**	
CPF		
TRABALHO	LOCAL:	PROFISSÃO:
	ENDEREÇO:	
E-MAIL		
TELEFONE		
OUTRO RESPONSÁVEL **(Quando não for o pai ou a mãe)**	**NOME:**	**PARENTESCO:**
CPF		
LOCAL DE TRABALHO	LOCAL:	PROFISSÃO:
	ENDEREÇO:	
E-MAIL		
TELEFONE		

EM CASO DE EMERGÊNCIA PARA QUAL NÚMERO LIGAR?	
OBSERVAÇÃO: _____	

DADOS DE SAÚDE DO(A) ALUNO(A)

	NÃO	SIM	QUAL (IS)?
É DEPENDENTE DE PLANO DE SAÚDE?			
TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE CRÔNICO?			
TEM ALERGIA(A)?			
POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO ALIMENTAR?			
JÁ RECEBEU DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DEFICIÊNCIA?			( )Baixa Visão ( )Cegueira ( )Deficiência Múltipla ( )Surdocegueira ( )Surdez ( )Deficiência Física( ) Deficiência Auditiva ( )Deficiência Intelectual
POSSUI ALGUM TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO?			( )Autismo Infantil ( ) Síndrome de Rett ( )Síndrome de Aspegger ( ) Transtorno Desintegrativo da Infância ( ) Outro _____
APRESENTA ALGUMA DIFICULDADE MOTORA, AUDITIVA, VISUAL, NA FALA OU EMOCIONAL?			( ) Cegueira ( )Baixa visão ( )Surdocegueira ( )Surdez ( )Deficiência Física ( ) Deficiência Auditiva ( )Deficiência Intelectual ( )Deficiência Multipla
POSSUI ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO?			
NECESSITA DE RECURSOS PARA PARTICIPAÇÃO EM	NÃO	SIM	( )Auxílio Iedor ( )Guia-intérprete ( )Auxílio transcrição ( )Leitura labial

	NÃO	SIM	QUAL (IS)?
AVALIAÇÕES EXTERNAS?			( )CD com áudio para deficiente visual ( )Prova super ampliada (Fonte 24) ( )Tradutor intérprete de Libras ( )Prova em Vídeo em Libras ( )Material didático e prova em Braille ( )Prova ampliada (Fonte 18) ( )Prova de Língua Portuguesa como Segunda Língua para surdos e deficientes auditivos ( ) Outro _____
POSSUI LAUDO MÉDICO?			
NECESSITA DE CUIDADOR?			
ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO?			
ESTÁ EM USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO?			SE SIM, ATÉ QUANDO?
É ACOMPANHADO POR PSICÓLOGO, TERAPEUTA EDUCACIONAL OU FONOAUDIÓLOGO?			
EXISTE ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO A RESPEITO DA SAÚDE DO(A) ALUNO(A) QUE O RESPONSÁVEL QUEIRA FAZER CONSTAR DESSA FICHA?			

TERMO DE CIÊNCIA (Para falta de documentos)

A falta de qualquer dos documentos solicitados deverá ser entregue a secretaria da escola em até 60 dias após o início do ano letivo. No caso do cartão de vacinação, será dado um prazo de 30 dias para que seja apresentado o comprovante.

Assinatura:__ _____.

Eu,_____responsável pelo(a) aluno(a) acima, assumo junto a(ao) mesmo(a), as responsabilidades contidas no Regimento Escolar e no Código de Ética, bem como as normas disciplinares regulamentadas pela Escola.

ATENÇÃO: A escola não dispõe de quadra para prática esportiva.

Crato – CE, _____de _____de_____.

_____ Assinatura do pai/mãe ou responsável legal do aluno

_____ Assinatura o funcionário da escola

Espaço preenchido pela escola

DOCUMENTOS ENTREGUES:

( )Histórico Escolar do Ensino Fundamental
( )RG
( )CPF
( )Cartão do SUS
( )Fotos
( ) NIS
( )Comprovante de Residência
( ) Laudo médico
( ) cartão de vacina geral
( ) Cartão de vacina COVID

Crato-CE, _____ de janeiro de 2024

RECURSO CONTRA RESULTADO PRELIMINAR DA **SELEÇÃO DE ALUNOS NOVATOS – ANO LETIVO 2024, conforme Edital nº 03 de 29 de novembro de 2023.**

_____ , abaixo qualificado(a), inscrito(a) no R.G. sob o nº. _____ e no C.P.F. sob o nº _____, responsável pelo candidato _____ inscrito(a) para **SELEÇÃO DE ALUNOS NOVATOS – ANO LETIVO 2024**, vem a presença de Vossa Senhoria, recorrer do RESULTADO divulgado pela Comissão Responsável pela referida seleção, no último **15 de dezembro de 2023**, conforme prazo legal, pelo(s) motivo(s) abaixo justificado(s):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Crato - CE, _____ de dezembro de 2023

_____

Assinatura do pai/mãe ou Responsável Legal