



**FICHA DE MATRÍCULA/2019**

ENSINO : Fundamental  Médio  Série:  Matrícula:

ALUNO(A):

Sexo: M  F  Data de Nascimento:  Cidade:  UF:

País de Origem:  Endereço:

Número:  Complemento :  Bairro:

Cidade:  UF:  CEP:  Fone:

Celular do aluno:  CPF do aluno:

E-mail do aluno:   
*(Escrever com letras maiúsculas e legíveis)*

Certidão de nascimento: Matrícula ou Termo:

Folha:  Livro:  Data de emissão:

Nome do cartório:

Identidade: Número:  Data de emissão:  Órgão emissor:  UF:

Passaporte: Número:  Data de emissão:  Data de entrada no país:

**Nome do Pai:**

Estado civil:  Naturalidade:  Grau de instrução:

Profissão:  Local de Trabalho:

Fone/Celular:

CPF:  Data de nascimento:

E:mail:   
*(Escrever com letras maiúsculas e legíveis)*

**Nome do Mãe:**

Estado civil:  Naturalidade:  Grau de instrução:

Profissão:  Local de Trabalho:

Fone/Celular:

CPF:  Data de nascimento:

E:mail:   
*(Escrever com letras maiúsculas e legíveis)*

**Nome do Responsável:**

Local de Trabalho:

Fone/Celular:

CPF:

Data de nascimento:

E-mail:

*(Escrever com letras maiúsculas e legíveis)*

### **Informações médicas do aluno**

Tipo Sanguíneo:

Fator Rh:

Tem necessidades especiais : S/N

Especifique:

Apresenta intolerância a algum medicamento? S/N

Quais:

Apresenta intolerância a algum alimento? S/N

Quais:

### **Direito de imagem**

Autorizamos ao Colégio de Aplicação da UFSC o direito de imagem de meu filho/filha, para fins de divulgação das atividades pedagógicas desenvolvidas nesta escola.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aluno (a): (assinatura)

\_\_\_\_\_  
Pais ou Responsável: (assinatura)

#### **AUTORIZAÇÃO**

(para alunos do 1º ao 5º Ano do Ensino Fundamental)

Eu, responsável pelo aluno, estou ciente e autorizo meu(minha) filho(filha) a **prática pedagógica de saída de estudos no Campus da UFSC**, realizadas com os estudantes do Colégio de Aplicação da UFSC, no decorrer do ano letivo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura pai/mãe e/ou responsável



Alguns familiares apresentam problemas de saúde: Não  Sim

Qual familiar? \_\_\_\_\_ *pai, mãe, irmão irmã, avó, avô, outro (qual)*

Qual problema? \_\_\_\_\_

Utiliza medicação de uso contínuo e alto custo? \_\_\_\_\_

Moradia da família: própria ( ) financiada ( ) alugada ( ) cedida ( ) Quantos cômodos nº \_\_\_\_\_ Urbana ( )/Rural ( )

Distância da moradia da família até o Colégio: \_\_\_\_\_ *km*

Transporte utilizado pelo aluno(a) para o Colégio:

Ônibus escolar ( ) ônibus público ( ) carro ( ) bicicleta ( ) a pé ( ) Outro \_\_\_\_\_

Custo mensal: \_\_\_\_\_

Utiliza Tarifa Social? Não  Sim

Empréstimos (especificar): \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

Almoço do aluno: Casa ( ) lanchonete ( ) restaurantes ( ) RESTAURANTE UNIVERSITÁRIO ( )  
Outros \_\_\_\_\_

Possui cadastro no CadÚnico? Não  Sim

Recebe algum benefício assistencial? Não  Sim

Se sim, qual? Programa Bolsa Família ( ) Benefício de Prestação Continuada - BPC ( ) Benefícios Eventuais ( )

Outros: \_\_\_\_\_

É atendido pelo CRAS e/ou CREAS do seu Município? Não  Sim



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**COLÉGIO DE APLICAÇÃO**

CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC  
TELEFONE +55 (48) 3721-9561 - FAX +55 (48) 3721-9691 **ENFERMAGEM 3721 3535**  
www.ca.ufsc.br

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome completo:		Turma:	Idade:
Número de irmãos:	Posição Familiar (1º, 2º, 3º... filho):	Religião:	
Quem são os responsáveis?			
Nome: _____		Telefone: ( ) _____	
Nome: _____		Telefone: ( ) _____	
Nome: _____		Telefone: ( ) _____	
Mora com quem?			
Endereço:			
Em caso de urgência, pessoas autorizadas a buscarem o aluno (nome, telefone):			
Nome: _____		Telefone: ( ) _____	
Nome: _____		Telefone: ( ) _____	
Nome: _____		Telefone: ( ) _____	
Tem algum problema de saúde? ( )SIM ( )NÃO. Se SIM, qual(is)?			
Utiliza algum medicamento de forma contínua? ( )SIM ( )NÃO. Se SIM, qual(is)?			
Usa óculos ou aparelho auditivo?			

Possui algum tipo de alergia? ( )SIM ( )NÃO. Se SIM, a que?		
Já ficou internado? ( )SIM ( )NÃO. Se SIM, onde e por qual motivo?		
Como é a alimentação? Se alimenta com todos os grupos alimentares (Cereais, Hortaliças, Frutas, Leguminosas, Leites, Carnes e Ovos, Açúcares e Óleos)? Faz quantas refeições ao dia? Ingere que tipo e que quantidade de líquidos? Do que não gosta?		
		Peso:
		Altura:
Apresenta vômitos com frequência?		
Evacua com que frequência? Qual o aspecto das fezes (pastosas, amolecidas, líquidas, ressecadas)?		
Se menina em fase de puberdade, já ficou menstruada? Com que idade? Apresenta cólicas menstruais?		
Como é o sono? Dorme bem? Dorme quantas horas durante a noite? Dorme durante o dia?		

Como estão os dentes? Ainda possui dentes de leite? Possui cáries? Com que frequência vai ao dentista?

Possui alguma dificuldade de locomoção? Usa alguma prótese? Necessita de cadeira de rodas?

Como é o rendimento escolar? Possui alguma dificuldade no rendimento? Relaciona-se bem com os colegas?

A vacinação está em dia? ( )SIM ( )NÃO. Anexar cópia da folha de vacinas da caderneta de saúde.

Relaciona-se bem com todos os membros da família?

Possui alguma outra questão de saúde relevante não levantada neste questionário?

Preenchido por:

Assinatura: \_\_\_\_\_