



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

Nome Aluno: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NESTE QUADRO FAMILIAR INCLUIR (OS PAIS, O ESTUDANTE E OUTROS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR)

| Nome (somente o primeiro nome) | Parentesco | Estado civil | Profissão | Renda *Mensal | Outras rendas | Pensão, Aposentadoria | Firma, Fonte, Instituto de Previdência | Escolaridade |
|--------------------------------|------------|--------------|-----------|---------------|---------------|-----------------------|--|---|
| | | | | | | | | Superior/Ensino médio Ensino fundamental analfabeto |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Renda Mensal: informar a Renda média bruta dos últimos três meses, onde se incluem assalariados, agricultores, autônomos e trabalhadores informais.

Outras Rendas: informar os valores recebidos de Auxílio desemprego, Auxílio Doença, Bolsa família, renda provenientes de aluguel, aplicações financeiras e outras.

OBS: Nos casos de Pensão e Aposentadoria informar apenas uma vez no quadro.

Alguns familiares apresentam problemas de saúde: Não Sim

Qual familiar? _____ *pai, mãe, irmão irmã, avô, avó, 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: _____