# Ao Colégio A a Z

Senhora Diretora,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome (Pai ou Responsável) | Nacionalidade | Estado Civil |
| Profissão | Nº do CPF | Nº RG |
| Tel Comercial | Celular | Email |
| Nome (Mãe ou Responsável) | Nacionalidade | Estado Civil |
| Profissão | Nº do CPF | Nº RG |
| Tel Comercial | Celular | Email |
| Residente e domiciliado(a) na | Nº | Comp. | Bairro |
| Cidade | Estado | Cep |
| Tel Residencial | Outros Contatos (Nome/parentesco) |

Responsável pelo aluno abaixo designado , vem , à presença de V.S , requerer a reserva de vaga para esse estabelecimento de ensino para o ano letivo de 20 , conforme abaixo especificado:

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A) |
| Nome | Nascimento |
| IDENTIFICAÇÃO DO PERÍODO/ANO |
| Segmento | Período/Ano | Turno |

Com relação ao beneficiário acima identificado o(s) requerentes declara(m) nos termos do artigo 299 do Código Penal.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO | DAS | NECESSIDADES | ESPECÍFICAS/ESPECIAIS DO BENEFICIÁRIO(A) |
| 1- Goza de boa saúde, não fazendo uso de quaisquer medicamentos? SIM NÃO |
| 2- Faz uso de medicamentos regulares? | SIM | NÃO | Em caso positivo, quais são os medicamentos? |

|  |  |
| --- | --- |
| 3- O(A) beneficiário(a) possui alguma deficiência? SIM NÃO | Em caso positivo, qual a deficiência e se possui laudo que comprove? |
|  |
| 4- Tem necessidade de utilização de equipamentos especiais? SIM NÃO | Em caso positivo, quais são os equipamentos? |

6- Em caso de acidentes ou mal-estar, esta instituição oferecerá os primeiros socorros e avisará imediatamente a família. Se necessário, a criança será encaminhada para um pronto-socorro mais próximo.

5- Em caso de aluno com deficiência, tem necessidade de profissional de apoio escolar (pessoa que auxilie nas atividades de alimentação, higiene, locomoção e atividades escolares)? SIM NÃO

*\*OBS: A equipe pedagógica da instituição avaliará a efetiva necessidade ou não do(a) beneficiário(a) contar com profissional de apoio escolar e/ou adaptações especiais.*

# Declaro que tomo conhecimento das condições em que esta Reserva de Vaga é feita e com elas manifesto minha expressa concordância, bem como tenho ciência de que havendo débitos em aberto de natureza financeira e ou pedagógica, a renovação da matrícula para o próximo período letivo poderá ser rejeitada, nos termos do art. 5º da Lei nº 9.870/99 e do Regimento Escolar ou cláusula contratual.

1. Pago neste ato a importância de R$ (

 ), a título de reserva de vaga.

2. Este valor será levado ao meu crédito e compensado no valor da primeira parcela da anuidade escolar que vier a ser fixado para o ano de 20 .

1. Estou ciente de que:
	1. O Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar será elaborado nos termos e condições estabelecidos pela Escola, respeitada a legislação vigente no ato de sua assinatura.
		1. o serviço educacional ora contratado poderá ser prestado presencialmente, remotamente ou no sistema híbrido, a critério da instituição de ensino e de acordo com as regulamentações emitidas pelos órgãos educacionais em razão de calamidade pública ou motivo de força maior.

B. Ocorrendo o indeferimento do pedido, o Estabelecimento de Ensino assume o compromisso de **devolver todos os valores de eventuais pagamentos** que tenham sido adiantados, bem como os documentos fornecidos para análise.

C. A matrícula somente será efetivada se:

* 1. o Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar for assinado pelos responsáveis pelo aluno;
	2. se a primeira parcela da anuidade estiver integralmente quitada;
	3. se for apresentada toda a documentação exigida pelo estabelecimento de ensino.

D. O período para efetivação da matrícula será de / / até / /

E. A escola não se responsabiliza pela vaga do aluno que não efetuar a matrícula no prazo acima determinado, ficando ao seu critério deferir ou não pedidos feitos após o mesmo, de acordo com sua conveniência e possibilidade.

F. O presente requerimento de matrícula não substitui o Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar, nem a efetivação da matrícula.

4. Caso eu não concorde com o valor e/ou condições constantes do Contrato, a importância paga à título de Requerimento de Matrícula ser-me-á restitu- ída, se solicitada formalmente, no prazo de 10 (dez) dias da apresentação do Contrato não aceito, ficando caracterizada minha desistência de contratar e a renúncia da vaga.

**DO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**O(A) REQUERENTE E RESPONSÁVEL LEGAL DO(A) BENEFICIÁRIO(A) (MENOR DE IDADE) DECLARA QUE CONSENTE COM O TRATAMENTO DE DADOS DO BENEFICIÁRIO PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS PRÉCONTRATUAIS NECESSÁRIOS, BEM COMO, AUTORIZA O TRATAMENTO DOS DADOS SENSÍVEIS DESTE (RELATIVOS À SAÚDE), PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.**

local, de de 20 .

Deferido

Indeferido

 / / SECRETARIA

Assinatura do pai ou responsável