



ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
6º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ
Tenente Coronel PM Luiz Antonio Ferreira



1

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA 2025						Ano/Série: _____
DADOS PESSOAIS DA(O) ESTUDANTE						
Nome Completo da(o) Estudante: _____						
CGM:		Celular/WhatsApp da(o) Estudante: ()		Declaração de Vacina: (Obrigatório para menor de 18 anos) () Sim () Não () Maior de 18 anos		
Cert. Nascimento nº	Livro	Folha	Data de Emissão	Nome do Cartório	Município / UF	
Certidão de Nascimento matrícula (modelo novo) nº				Município de Registro	UF	
Data de Nascimento:		Cidade de Nascimento:		UF/País:		
CPF:		Gênero: () FEM () MASC		Estado Civil:		
RG:		Data de Expedição:		Órgão Emissor/UF:		
Participa do Bolsa Família: () Não () Sim, preencher o nº do cartão ao lado		Código de Identificação Social do(a) Estudante: NIS nº		Número do Cartão Nacional de Saúde: CNS nº		
Conforme cor/raça, a(o) estudante se autodeclara: () Amarela () Parda () Indígena () Branca () Preta () Não declarada			No caso de estudante não indígena, pertence a uma comunidade remanescente de quilombo? () Sim () Não			
Se filho(a) de militar, citar a Organização Militar que pertence: () PMPR () CBMPR () Outras: _____						
FILIAÇÃO DA(O) ESTUDANTE						
Filiação (01) - Nome como consta na Certidão de Nascimento da(o) Estudante: MÃE						
RG:		Data de Expedição:		Órgão Emissor/UF:		
CPF:		Celular/WhatsApp: *OBRIGATÓRIO ()		Telefone Comercial/Ramal: ()		
Profissão/Ocupação:		Email Pessoal:				
Maior Escolarização Concluída: () Analfabeto () Ens. Fundamental ou Primário () Ens. Fundamental ou Ginásio ou 1º Grau () Ensino Médio ou 2º Grau () Graduação ou Curso Superior () Pós Graduação () Mestrado () Doutorado () Optou por não declarar ou desconhece a escolarização						
Liberar o acesso ao aplicativo Escola Paraná e a Área do aluno para fins de consulta para a Filiação (01): () Sim () Não						
FILIAÇÃO DA(O) ESTUDANTE						
Filiação (02) - Se declarado, o nome como consta na Certidão de Nascimento da(o) Estudante: PAI						
RG:		Data de Expedição:		Órgão Emissor/UF:		
CPF:		Celular/WhatsApp: *OBRIGATÓRIO ()		Telefone Comercial/Ramal: ()		
Profissão/Ocupação:		Email Pessoal:				
Maior Escolarização Concluída: () Analfabeto () Ens. Fundamental ou Primário () Ens. Fundamental ou Ginásio ou 1º Grau () Ensino Médio ou 2º Grau () Graduação ou Curso Superior () Pós Graduação () Mestrado () Doutorado () Optou por não declarar ou desconhece a escolarização						
Liberar o acesso ao aplicativo Escola Paraná e a Área do aluno para fins de consulta para a Filiação (02): () Sim () Não						

RESPONSÁVEL LEGAL PELA(O) ESTUDANTE PARA O ESTABELECIMENTO DE ENSINO

(Essa pessoa será a única autorizada a solicitar/realizar matrícula e/ou transferência online) () Sim () Não

Caso as informações forem diferentes de parentesco de Mãe / Pai: Informar os dados do Tutor Legal, preenchendo abaixo:

Nome da(o) Responsável Legal:		Parentesco com o(a) Estudante:
RG da(o) Responsável Legal:	Data de Expedição:	Órgão Emissor/UF:
CPF da(o) Responsável Legal:	Celular/WhatsApp da(o) Responsável Legal: *OBRIGATORIO ()	Telefone Comercial/Ramal: ()
E-mail pessoal da(o) Responsável Legal:		

ENDEREÇO E CONTATOS DA(O) ESTUDANTE

Logradouro (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, etc.):	Número:	Complemento:
Bairro:	Município / UF / País:	
CEP:	Número da Identificação GEO (Conta de Energia Elétrica/Água):	
Telefone Residencial:		

TRANSPORTE ESCOLAR

Utiliza o transporte escolar ofertado pelo poder público municipal? Para alunos da zona rural: () Sim () Não	Se sim, o transporte escolar utilizado é adaptado: () Sim () Não
A(o) estudante ou responsável legal que optar por matrícula em estabelecimento diferente daquele indicado pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná, seguindo o procedimento de matrícula, abdica do direito à utilização do transporte escolar público.	

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO DA(O) ESTUDANTE

() O Responsável legal do estudante optou em não declarar os dados sobre o domicílio, informando apenas a quantidade de pessoas que residem na mesma moradia e o acesso à internet.	
Renda Média Mensal da Família (Soma do nº de salários mínimos recebidos por todos que possuem renda dividido pelo nº de pessoas que vivem na mesma residência que a(o) estudante.	() Sem renda () até 01 salário mínimo () de 01 a 03 salários () de 03 a 05 salários () mais de 05 salários
Tipo de moradia:	() Casa () Apartamento () Cômodo () Coletiva () Optou por não informar
Essa moradia é:	() Própria () Cedida () Casa Lar/Abrigo () Alugada () Pensionato () Outro
Tipo da construção:	() Alvenaria () Mista () Madeira () Outra
Serviços que a moradia tem acesso:	() Água Encanada () Esgoto () Energia Elétrica () Coleta de Lixo
Itens existente na moradia:	() Banheiro () Rádio () Televisão () Geladeira () Freezer () Tablet () Bicicleta () Máquina de Lavar () Computador () Celular Smart () Motocicleta () Automóvel
Quanto à internet em casa:	() Não Possui () Via Rádio () Via Satélite () Via Fibra () Via Cabo () ADSL () Móvel 3G () Móvel 4G () Móvel 5G () Wifi Público ou compartilhado
Com quem a(o) estudante reside?	() Mãe () Pai () Tutor Legal () Irmão(s) () Avós () Cônjuge () Tios () Outros
Considerando a(o) estudante, quantas pessoas residem na mesma moradia?	() Uma () Duas () Três () Quatro () Cinco () Seis

ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Indique as aulas especializadas de Acompanhamento Pedagógico que o(a) estudante gostaria de participar: () Não () Sim, informar a opção:
 () CELEM - Espanhol () CELEM - Alemão () Robótica

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Eu, responsável legal pela(o) estudante citado neste requerimento de matrícula, venho através deste, requerer a sua matrícula neste Estabelecimento de Ensino, declarando estar ciente dos deveres inerentes ao poder de família junto à criança e/ou ao adolescente em especial quanto ao que se refere à matrícula, acompanhamento da frequência e aproveitamento escolar previstos na Constituição Federal e Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, e de acordo com as disposições do Regimento Escolar do Estabelecimento de Ensino e demais normas complementares.

Estou ciente da Lei nº 13.709/2018 – LGPD, e portanto concordo e autorizo a Secretaria de Estado da Educação do Paraná, a tratar e utilizar os dados e imagens do estudante para fins institucionais, estatísticos, frequência escolar, coleta do Censo Escolar, planejamento e execução de ações, programas e políticas públicas e quando necessário, o compartilhamento com a Rede de Proteção, Ministério Público, sistema público de segurança, sistema público de saúde e demais setores da administração pública que possuam acordo de cooperação.

DECLARO que:

1. **Li e concordo** com a Proposta Política Pedagógica e o Regulamento Escolar deste Estabelecimento de Ensino, (disponível no site), **acatando integralmente as orientações e determinações do 6º CPM**, portanto requero a V. Sª. a rematrícula do(a) estudante supra na série a que tem direito;
2. Declaro que **li e concordo** que no ato da matrícula, o familiar ou responsável legal poderá realizar a contribuição anual voluntária à APMF - Associação de Pais, Mestres e Funcionários do 6º CPM, no valor de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais), podendo ser parcelada em até 6 (seis) vezes;
3. Estou **ciente** que **não há reembolso** dos valores pagos no ato da matrícula e/ou rematrícula em caso de desistência ou transferência;
4. **Recebi** as recomendações do Ministério Público sobre o Procedimento Administrativo nº 0105.22.000240-3 quanto à contribuição espontânea à APMF do 6º CPM;
5. **Concordo em participar, contribuir e vender as Rifas e Promoções** promovidas pela APMF em prol do 6º CPM (Rifa de Páscoa, Festa Julina, etc.);
6. **Autorizo** a revista pessoal nas hipóteses previstas no art. 244, do Código de Processo Penal, bem como em seu armário, suas bolsas, mochilas, sacolas e similares (em caráter reservado, sem submeter o(a) estudante a uma situação constrangedora ou vexatória, perante os demais estudantes);
7. **Autorizo** a realização de atividades educativas e desportivas extraclasse, em ambiente externo ao 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná;
8. **Autorizo** a realização de atividades cívico-militares (formatura no início e ao final de cada dia letivo, instruções de ordem unida, etc.) no pátio de formaturas do 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná ou em outros locais;
9. Estou **ciente** que **para a disponibilização dos armários** para os estudantes, **há regras** expedidas pela Gestão Escolar **e devem ser rigorosamente seguidas**;
10. **Concordo** que a **participação da formatura anual** para o 9º Ano do EF ou para a 3ª Série do EM **é obrigatória**;
11. **Autorizo** participação em viagens que tenham horário de saída e retorno previstos para o período das 07 horas às 19 horas, sem necessidade de assinar o Termo de Autorização;
12. Estou **ciente** que é minha responsabilidade o acesso a todos os resultados (notas) pelo aplicativo Escola Paraná e que o 6º CPM oferta avaliação de recuperação em todas as disciplinas. É de responsabilidade do(a) estudante realizar, ou não essas avaliações de acordo com os editais disponíveis, devendo requerer em tempo hábil (a não realização do requerimento enseja na decadência do direito para aquela recuperação) e quando ocorrer o não comparecimento do(a) estudante na data prevista, haverá custo para cada avaliação de R\$ 15,00 (quinze reais);
13. Estou **ciente** que não há transferência entre os colégios da Rede CPM.

Pato Branco, ____ / ____ / ____.

Nome do Requerente: _____ RG _____
(Responsável Legal ou Estudante maior de 18 anos)

Assinatura do Requerente: _____, concordando com os acordos acima.

SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS E ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

() Sala de Recursos Multifuncional

O(a) estudante possui diagnóstico: () Não () Sim, anexar o **Laudo Médico**

() Sala de Altas Habilidades ou Superdotação

O(a) estudante possui diagnóstico: () Não () Sim, anexar o **Laudo Médico**

DADOS EMPREGATÍCIOS DA(O)ESTUDANTE TRABALHADOR

O estudante está trabalhando? () Sim () Não		
Número da Carteira de Trabalho: _____ Série: _____		
Qual é a forma de contratação da(o) estudante:	() Autônomo () CLT () Estágio Obrigatório () Estágio Remunerado () Agricultura Familiar () Informal () Jovem Aprendiz () Outro: Qual? _____	
Caso a(o) estudante realize um estágio remunerado , qual o agente de integração:	() CIEE () Central de Estágio () CEINEE () Outro: Qual? _____	
Caso a(o) estudante seja Jovem Aprendiz , qual a entidade qualificadora:	() CIEE () SEED () SENAI () Outro: Qual? _____	
Vigência do Contrato:	Data Inicial: ____________ até ____________ () Renovado	
Horário de Trabalho:	Data Inicial: ____________ até ____________ () Renovado	

DADOS DA UNIDADE CONCEDENTE

Razão Social: _____	Nome Fantasia: _____	
CNPJ: _____	Inscrição Estadual: _____	
Endereço: _____	Município / UF / País: _____	CEP: _____
E-mail: _____	Telefone: _____	
Responsável Legal pela Empresa: _____	Responsável pelo Estágio: _____	

DIREITO DE IMAGEM - AUTORIZAÇÃO / TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM

Nos termos do artigo 49 da Lei nº 9.610/1998 e da Lei nº 13.709/2018, por este instrumento como responsável legal pela(o) estudante citado neste requerimento de matrícula, na qualidade de responsável titular do(a) menor doravante denominado CEDENTE, cede gratuitamente, pelo prazo indeterminado e de modo absoluto, para utilização da Secretaria de Estado da Educação do Paraná - SEED e da Secretaria de Estado da Segurança do Paraná - SESP, nesta ocasião denominada CESSIONÁRIO(A), o direito de uso de imagem, áudio, vídeo e/ou produção textual para fins pedagógicos. O CEDENTE, fica ciente de que o material cedido pode ser publicado nas mídias impressas, Internet (Facebook, WhatsApp, Instagram, TIK TOK, entre outros) e televisivas. Esta cessão afasta o CEDENTE e seus herdeiros de receberem qualquer espécie de indenização ou compensação em virtude do uso e administração do material, inclusive requerer o contido no art. 247 da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. O(A) CESSIONÁRIO(A), por sua vez, compromete-se a utilizar o material descrito para produção didático-pedagógica, formação e em casos de sem fins lucrativos.

Pelo presente instrumento, na qualidade de maior e/ou responsável pelo(a) estudante acima mencionado, **autorizo** o uso de imagem por meio de filmagem, fotografia, impressão off-set, tipográfica, reprográfica, cromia, slides, outdoors ou qualquer outro processo análogo, bem como a participação em atividades culturais como: teatros, danças, eventos militares e outros que o 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná venha a participar. Todas as imagens e atividades estarão respeitando os preceitos legais (Estatuto da Criança e do Adolescente / Constituição Federal de 1988 / Código Civil) e diante dessa autorização, estou ciente desde já, que não cabe em nenhum tempo, reclamação trabalhista, indenização, ou mesmo pagamento de valor antecipado ou posterior pelo uso de sua imagem.

Pato Branco, ____ / ____ / ____.

Nome do Requerente: _____ RG _____
(Responsável Legal ou Estudante maior de 18 anos)

Assinatura do Requerente: _____

HISTÓRICO DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Possui convênio médico/Plano de Saúde?	Tipo Sanguíneo	Fator RH	
() Não () Sim Qual? _____			
O(a) estudante faz uso de medicamento de uso contínuo?			
() Não () Sim Qual? _____			
EM CASO POSITIVO E OS PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL AUTORIZAREM A INSTITUIÇÃO DE ENSINO A MINISTRAR O MEDICAMENTO, ANEXAR UMA CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA VÁLIDA COM A POSOLOGIA. O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE NO ESTABELECIMENTO DE ENSINO PELOS PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL, IDENTIFICADO COM O NOME DA CRIANÇA E A POSOLOGIA.			
O(a) estudante possui a vacinação em dia?	Caso tenha ocorrido atualização do esquema vacinal após a matrícula, compartilhar nova cópia.		
() Não () Sim () Declaração de Vacina emitida pelo posto de saúde			
A(o) estudante já realizou alguma cirurgia?	A(o) estudante possui alergia a medicamento?		
() Não () Sim Qual?	() Não () Sim Qual?		
A(o) estudante possui doença crônica? () Não () Sim, informar a opção e anexar o Laudo Médico :			
() Asma / Bronquite	() Diabetes	() Obesidade	
() Doença de Tireóide	() Cardiopatia	() Hemofilia / Doenças do Sangue	
() Hipertensão Arterial	() Transtorno Psicológico	() Outra. Especifique: _____	
() Conjuntivite / Rinite Alérgica	() Convulsão / Doença Neurológica		
TIPO DE DEFICIÊNCIA, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA OU ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO			
A(o) estudante possui deficiência? () Não () Sim, informar a opção e anexar o Laudo Médico :			
() Altas Habilidades /Superdotação	() Cegueira	() Deficiente Auditivo	
() Deficiência Intelectual	() Baixa Visão () Visão Monocular	() Surdocegueira	
() Deficiência Física	() Surdez usuária(o) de Libras	() Deficiências Múltiplas	
() Transtorno do Espectro Autista	() Transtornos Mentais	() Distúrbios de Aprendizagem	
RESTRIÇÃO ALIMENTAR			
Conforme legislação vigente que traz as orientações referentes ao cadastro de atendimento dos estudantes com necessidades alimentares especiais - NAEs no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e suas diretrizes que norteiam sua execução para o atendimento universalizado dos(as) estudantes quanto à alimentação escolar, sinalize abaixo a restrição alimentar: () Não () Sim, informar a opção e anexar o Laudo Médico :			
() APLV Alergia à Proteína de Leite de Vaca	() Fenilcetonúria	() Intolerância à Lactose	
() Alergia a Ovo	() Glicogenose Tipo 1	() Vegetariano - Lacto	
() Diabetes	() Homocistinúria	() Vegetariano - Ovo	
() Doença Celíaca	() Hipertensão	() Vegano / Vegetariano Estrito	
		() Obesidade	
		() Outros: _____	
DOCUMENTOS APRESENTADOS NO ATO DA MATRÍCULA COMPROVANDO OS ITENS ASSINADOS ACIMA			
Laudo Médico:	Data da Avaliação	Laudo Médico:	Data da Avaliação
() Avaliação audiométrica	/ /	() Laudo fisioterápico	/ /
() Avaliação de ingresso	/ /	() Laudo médico - clínico geral	/ /
() Avaliação psicológica	/ /	() Laudo neurológico/psiquiátrico	/ /
() Avaliação psicométrica	/ /	() Laudo oftalmológico	/ /
() Avaliação psicopedagógica	/ /	() Outro. Qual	/ /
() Parecer pedagógico	/ /	Observação:	
DIAGNÓSTICO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO			
Deficiência Cegueira:	Requer atendimento especializado:	Deficiência Intelectual:	Requer atendimento especializado:
() Acidentes	() Não () Sim	() Diagnóstico desconhecido	() Não () Sim
() Catarata Congênita	() Não () Sim	() Microcefalia	() Não () Sim
() Diagnóstico desconhecido	() Não () Sim	() Síndrome de Down	() Não () Sim
() Glaucoma	() Não () Sim	() Síndrome de Rett	() Não () Sim
() Retinose Pigmentar	() Não () Sim	() Síndrome do X Frágil	() Não () Sim
Deficiência Física:	Requer atendimento especializado:	Deficiência Baixa Visão:	Requer atendimento especializado:
() Diagnóstico desconhecido	() Não () Sim	() Baixa visão (20/80 a 20/150)	() Não () Sim
() Distrofia Muscular	() Não () Sim	() Baixa visão (20/200 a 20/400)	() Não () Sim
() Lesão Medular	() Não () Sim	() Baixa visão (20/500 a 20/1000)	() Não () Sim
() Lesão Neurológica	() Não () Sim	Deficiência Transtorno do Espectro Autista:	Requer atendimento especializado:
() Lesão Neuromuscular	() Não () Sim	() Autismo	() Não () Sim
() Paralisia Cerebral	() Não () Sim	() Síndrome de Asperger	() Não () Sim

DIAGNÓSTICO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (continuação)

Deficiência Surdocegueira:	Requer atendimento especializado:	Deficiência Surdez (usuária(o) de Libras):	Requer atendimento especializado:
() Anomalias Múltiplas Congênitas	() Não () Sim	() Perda auditiva moderada (41 a 55 dB)	() Não () Sim
() Diagnóstico desconhecido	() Não () Sim	() Perda auditiva moderadamente severa (56 a 70 dB)	() Não () Sim
() Prematuridade	() Não () Sim	() Perda auditiva severa (71 a 90 dB)	() Não () Sim
() Rubéola Congênita	() Não () Sim	() Perda auditiva profunda (acima de 91 dB)	() Não () Sim
() Síndrome de Usher	() Não () Sim		
Deficiência Visão Monocular:	Requer atendimento especializado:	Deficiência Auditiva (não faz uso de Libras):	Requer atendimento especializado:
() Doenças na retina	() Não () Sim	() Perda auditiva leve (26 a 40 dB)	() Não () Sim
() Doenças na Córnea	() Não () Sim	() Perda auditiva moderada (41 a 55 dB)	() Não () Sim
() Glaucoma	() Não () Sim	() Perda auditiva moderadamente severa (56 a 70 dB)	() Não () Sim
() Traumatismo no olho	() Não () Sim	() Perda auditiva severa (71 a 90 dB)	() Não () Sim
() Infecções () Tumores	() Não () Sim	() Perda auditiva profunda (acima de 91 dB)	() Não () Sim
() Problemas Congênitos	() Não () Sim		
Deficiência Transtornos Mentais:	Requer atendimento especializado:	Distúrbios de Aprendizagem:	Requer atendimento especializado:
() Esquizofrenia	() Não () Sim	() Discalculia	() Não () Sim
() Psicose	() Não () Sim	() Dislalia	() Não () Sim
() Transtorno Opositor Desafiante	() Não () Sim	() Dislexia	() Não () Sim
() Transtorno de Conduta	() Não () Sim	() Disortografia	() Não () Sim
		() TDAH	() Não () Sim

ADAPTAÇÃO EM MATERIAL PEDAGÓGICO

() Livros ampliados	() Sorobã	() Carteiras adaptadas	() Materiais de Comunicação Alternativa
() Reglete	() Material em Braille	() Computadores adaptados	

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA USO DA(O) ESTUDANTE E PARTICIPAÇÃO EM AVALIAÇÕES

() Auxílio - Ledor	() Tradutor - Intérprete de LIBRAS	() Prova Ampliada (fonte 24)	() Vídeo em Libras
() Auxílio - Transcrição	() Leitura Labial	() CD/Mídia com áudio para Deficiente Visual	() Prova em Braille
() Guia - Intérprete	() Prova Ampliada (fonte 18)	() Prova de Língua Portuguesa como segunda língua para Surdos e Deficientes Auditivos	

LOCOMOÇÃO

() Faz uso de cadeira de rodas	() Faz uso de muletas, bengala, entre outros	() Outros. Quais:	
---------------------------------	---	--------------------	--

RECURSOS HUMANOS

() Tradutor Intérprete de Libras	() Atendente	() Professor de Apoio Permanente	
-----------------------------------	---------------	-----------------------------------	--

ATENDIMENTO MÉDICO/CLÍNICO QUE A(O) ESTUDANTE RECEBE

() Outros atendimentos	Quais?	Dia e horário desses atendimentos:	
Dia e hora de preferência para o AEE: () Segunda-feira / () Terça-feira / () Quarta-feira / () Quinta-feira / () Sexta-feira			

AUTORIZAÇÃO PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Eu, o responsável legal pela(o) estudante citado neste requerimento por este instrumento, autorizo o 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná, em caso de emergência, encaminhar minha(meu) filha(o) ao **Pronto Socorro** mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

Observação: Em caso de acidente, este estabelecimento de ensino não possui seguro de saúde e o(a) estudante será encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento.

Assinatura: _____.

CONTATOS PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____
Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____
Nome: _____	Telefone: _____	Grau de Parentesco: _____

ATIVIDADE FÍSICA

A(o) estudante tem alguma restrição para atividade física?

() Não () Sim Qual? **Lauda Médico: () Sim () Não**

EM CASO POSITIVO, ENCAMINHE PARA A SECRETARIA O DOCUMENTO QUE AMPARA LEGALMENTE O IMPEDIMENTO OU QUE ORIENTE SOBRE AS RESTRIÇÕES.

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da prática de atividade física de alunos do 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná. Responsável, caso você responda "SIM" a uma ou mais perguntas, converse com o médico do aluno ANTES da execução de atividades físicas junto à Escola. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "SIM". Caso sejam apontadas restrições para execução de atividades físicas, o laudo médico, bem como documentos auxiliares ao diagnóstico deverão ser apresentados ao 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná no ato da matrícula.

Por favor, assinale "SIM" ou "NÃO" às seguintes perguntas:

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Algum médico já disse que o aluno possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? | () Não () Sim |
| 2. O aluno sente dores no peito quando pratica atividade física? | () Não () Sim |
| 3. No último mês, o aluno sentiu dores no peito quando praticou atividade física? | () Não () Sim |
| 4. O aluno apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência? | () Não () Sim |
| 5. O aluno possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física? | () Não () Sim |
| 6. O aluno toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração? | () Não () Sim |
| 7. Sabe de alguma outra razão pela qual o aluno não deve praticar atividade física? | () Não () Sim |

TERMO DE LIBERAÇÃO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

SE VOCÊ RESPONDEU "NÃO" A TODAS AS PERGUNTAS, LEIA E ASSINE O TERMO ABAIXO.

Eu, o responsável legal pela(o) estudante citado neste requerimento por deste instrumento, estou ciente que a(o) estudante será incluído, sem restrições, nas atividades físicas desenvolvidas pelo 6º Colégio da Polícia Militar do Paraná.

Assinatura: _____.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" A UMA OU MAIS PERGUNTAS, LEIA E ASSINE O TERMO ABAIXO.

Eu, o responsável legal pela(o) estudante citado neste requerimento por deste instrumento, estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar o nível atual de atividade física. Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada pela(o) estudante sob minha responsabilidade, sem o atendimento a essa recomendação.

Assinatura: _____.

SECRETARIA ESCOLAR

Declaro que a documentação apresentada para a matrícula está:

- () Completa e preenche os requisitos exigidos pela legislação vigente.
() Incompleta, estando pendente documentos.

Pato Branco, PR, _____ de _____ de _____.

Secretário(a) do 6º CPM

Em conformidade com o **Termo de Cooperação Técnica**, este comandante:

- () DEFERE
() INDEFERE este requerimento de matrícula.

Pato Branco, PR, _____ de _____ de _____.

Comandante do 6º CPM

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENTREGUES NA MATRÍCULA

As fotocópias devem ser organizadas com nitidez e quando necessário as duas faces do documento (Frente e Verso) no mesmo lado da folha A4.

Documentos do Estudante:

- () 02 Fotos 3x4 - colorida e atualizada;
() Fotocópia da Certidão de Nascimento;
() Fotocópia do RG, com data de emissão inferior a cinco anos;
() Fotocópia do CPF, necessário quando não emitido no RG;
() Declaração de Vacina atualizada, emitida pelo Posto de Saúde;
() Declaração de transferência ou Histórico Escolar;
() Laudo e/ou avaliação, quando for informado a deficiência ou necessidade de atendimento especializado e outros, se for o caso;

Documentos dos Responsáveis:

- () Fotocópia do documento oficial de identificação com foto do PAI ou responsável legal que contenha o CPF;
() Fotocópia do documento oficial de identificação com foto do MÃE ou responsável legal que contenha o CPF;
() Fotocópia da Funcional da Organização Militar, conforme o vínculo trabalhista;
() Comprovante de residência atualizado (emitido em um dos últimos 03 meses) em nome do pai, mãe ou responsável legal (COPEL ou SANEPAR).

Casos Específicos: Se participante ou beneficiário de programas federais, ANEXAR:

- () Fotocópia do CadÚnico e Fotocópia do NIS - Número de identificação social do responsável legal; () Fotocópia do NIS - Número de identificação social do estudante; () Fotocópia do Cartão do Bolsa Família do responsável legal.