



NOVA SUPER KIDS

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

NOME: _____ SEXO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

TELEFONES: _____

FILIAÇÃO

PAI: _____ PROFISSÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONES: _____

CPF: _____ RG: _____

MÃE: _____ PROFISSÃO _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONES: _____

CPF: _____ RG: _____

POSIÇÃO DA CRIANÇA NA FAMÍLIA:

() MAIS VELHO () DO MEIO () CAÇULA () ÚNICO

REQUERENDO MATRÍCULA PARA:

() BERÇÁRIO () MATERNAL () PRÉ I () PRÉ II () PRÉ III

O ALUNO SERÁ ENTREGUE À: _____

A CRIANÇA TEM ALGUMA ALERGIA? _____

ASSINATURA PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL : _____

OBSERVAÇÃO: _____

CURITIBA, ____ DE _____ DE _____.

NOVA SUPER KIDS

RESPONSÁVEL

