

Ao **FAMA COLÉGIO**
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 <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
2- Faz uso de medicamentos regulares?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso positivo, quais são os medicamentos?
3- O(A) beneficiário(a) possui alguma deficiência?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso positivo, qual a deficiência e se possui laudo que comprove?
4- Tem necessidade de utilização de equipamentos especiais?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Em caso positivo, quais são os equipamentos?
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 <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
*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.	
6- Em caso de febre que remédio/medicamento é utilizado?	

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_____.

3. Estou ciente de que:

A. 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.

A.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:

C.1. o Contrato de Prestação de Serviços de Educação Escolar for assinado pelos responsáveis pelo aluno;

C.2. se a primeira parcela da anuidade estiver integralmente quitada;

C.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 restituída, 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 DESTES (RELATIVOS À SAÚDE), PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Belo Horizonte, de _____ de 20_____.

Assinatura do pai ou responsável

Deferido Indeferido

_____/_____/_____
SECRETARIA