



Photo / Foto
3x4 cm

STUDENT APPLICATION FORM
FICHA DE MATRÍCULA

NAME: _____ **GENDER:** _____
Nome Sexo

DATE OF BIRTH: ____/____/____ **PLACE OF BIRTH:** _____/_____
Data de Nasc. D/D M/M Y/A City / Cidade Country / Pais

ADDRESS: _____
Endereço

POSTAL CODE: _____ **HOME PHONE NUMBER:** _____
CEP Telefone residencial

LAST SCHOOL: _____ **GRADE COMPLETED:** _____
Última escola Última série cursada

REFERRED BY: _____
Indicado por

PLEASE CIRCLE BELOW THE SCHOOL YOU WISH YOUR CHILD TO ATTEND:
Favor indicar a escola que seu filho pretende frequentar:

CHAPEL GRADED PACA ST. NICHOLAS ST. PAULS GLOBAL ED. ST. FRANCIS

MOTHER / Nome da mãe: _____

CEL.: _____ **E-MAIL:** _____

COMPANY / Empresa: _____

TITLE / Cargo: _____

COMPANY ADDRESS / End. ComL.: _____

_____ **CEP :** _____ **TEL.:** _____

CPF: _____ **RG / RNE:** _____

FATHER / Nome do pai: _____

CEL.: _____ **E-MAIL:** _____

COMPANY / Empresa: _____

TITLE / Cargo: _____

COMPANY ADDRESS / End. ComL.: _____

_____ **CEP :** _____ **TEL.:** _____

CPF: _____ **RG / RNE:** _____

PAYMENT OF TUITION
PAGAMENTO DE MENSALIDADES

Please inform the name and address in which the invoices and other official correspondences should be sent to:

Favor indicar em qual nome e endereço os boletos e outras correspondências oficiais deverão ser emitidos e / ou enviados:

FULL NAME OR COMPANY: _____

Nome completo ou Empresa

CNPJ / CPF: _____

ADDRESS: _____

Endereço

POSTAL CODE: _____ **PHONE:** _____

CEP

Telefone

E-MAIL: _____

PARENT / GUARDIAN SIGNATURE

Assinatura do Responsável

OFFICE USE ONLY:

SOMENTE USO DA ESCOLA:

DATE OF ENTRANCE: ____/____/____ AGE: ____ YEARS ____ MONTHS

COURSE: _____ TEACHER: _____ DATE: _____

COURSE: _____ TEACHER: _____ DATE: _____

COURSE: _____ TEACHER: _____ DATE: _____

COURSE: _____ TEACHER: _____ DATE: _____

COURSE: _____ TEACHER: _____ DATE: _____

SIBLING: _____

COURSE: _____



Photo / Foto
3x4 cm

MEDICAL RECORD FICHA MÉDICA

STUDENT NAME: _____

Nome do aluno

FAMILY PHYSICIAN: _____ **TEL.:** _____

Médico indicado

HEALTH INSURANCE: _____ **TEL.:** _____

Plano de saúde

HOSPITAL: _____ **TEL.:** _____

MEDICAL HISTORY

Histórico médico

ALLERGIES: _____

Alergias

ASTHMA: _____ **DIABETES:** _____

Asma

SURGERY: _____

Cirurgias

Obs.: _____

Please tick below to indicate procedures to be taken with your child:

Favor indicar abaixo as providências a serem tomadas com seu filho:

May only be taken to the hospital mentioned above. / Poderá ser levado apenas ao hospital citado acima.

May be taken to the nearest hospital. / Poderá ser levado ao hospital mais próximo.

Should be taken to hospital using health insurance ambulance. / Poderá ser levado somente com ambulância do plano de saúde.

May receive minor medications for minor ailments. / Pode receber medicamentos comuns.

Has no allergy to minor medications. / Não tem nenhuma alergia à medicamentos.

May not receive minor medications. / Não pode receber medicamentos comuns.

Is allergic to the following medications: / Apresenta alergia a: _____

PARENT / GUARDIAN SIGNATURE

Assinatura do Responsável