

**FICHA DE MATRÍCULA 2020**

**1. Dados do Associado:**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Pessoa com deficiência ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_ Telefone Cel.: \_\_\_\_\_

WhatsApp: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Instagram: \_\_\_\_\_ Facebook: \_\_\_\_\_

Modalidades (s) pretendidas em 2020:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grau de Instrução:

( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino Superior ( ) Outro

\_\_\_\_\_

Completo todo ciclo? ( ) Sim ( ) Não

Nome do Colégio/Universidade que estuda:

\_\_\_\_\_

Ano/série em 2020:

\_\_\_\_\_

Profissão/ocupação:

\_\_\_\_\_

**Preenchimento em caso de menores de 18 anos**

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Pessoa com deficiência ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_ Telefone cel.: \_\_\_\_\_

WhatsApp: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Instagram: \_\_\_\_\_ Facebook: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução:

( ) analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino Superior ( ) Outro

Completou todo ciclo? ( ) Sim ( ) Não

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

**2 - AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONOMICA E FAMILIAR**

**2.1- INFORMAÇÕES DO ASSOCIADO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Estuda em: ( ) Escola pública ( ) Escola particular ( ) Já concluiu os estudos

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Nome da Empresa:

\_\_\_\_\_

Situação profissional: ( ) Assalariado ( ) Autônomo ( ) Aposentado ( ) Desempregado

2.1.1 Desenvolve algum trabalho extra para complemento da renda?

( ) Não ( ) Sim

Qual atividade? \_\_\_\_\_

Recebe programa de transferência de renda? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) Renda Mínima ( ) Bolsa Família ( ) Renda Cidadã ( ) Ação Jovem ( ) PETI

Recebe benefício de prestação continuada? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) Idoso ( ) Pessoa com deficiência

2.1.2 Participa de algum programa de proteção básica/especial? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) CCA ( ) CJ ( ) CEDESP ( ) NCI ( ) Outros.

Especificar: \_\_\_\_\_

2.2 - INFORMAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS (preencher quando o associado for menor de 18 anos):

2.2.1- Nome Completo do Pai: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão do Pai: \_\_\_\_\_ Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Situação profissional: ( ) Assalariado ( ) Autônomo ( ) Aposentado ( ) Desempregado

2.2.2 - Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_ Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Situação profissional: ( ) Assalariada ( ) Autônoma ( ) Aposentada ( ) Desempregada

Os pais são: ( ) Casados ( ) Separados ( ) Divorciados ( ) Ausentes e/ou falecidos

Quem é ausente ou falecido? ( ) Pai ( ) Mãe

2.3 – TRABALHO E RENDA EXTRA (preencher quando o associado for menor de 18 anos):

2.3.1 – O pai desenvolve algum trabalho extra para complemento da renda familiar?

( ) Não ( ) Sim Qual atividade? \_\_\_\_\_

Recebe programa de transferência de renda? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) Renda Mínima ( ) Bolsa Família ( ) Renda Cidadã ( ) Ação Jovem ( ) PETI

Recebe benefício de prestação continuada? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) Idoso ( ) Pessoa com deficiência

2.3.2 – A mãe desenvolve algum trabalho extra para complemento da renda familiar?

( ) Não ( ) Sim Qual atividade? \_\_\_\_\_

Recebe programa de transferência de renda? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) Renda Mínima ( ) Bolsa Família ( ) Renda Cidadã ( ) Ação Jovem ( ) PETI

Recebe benefício de prestação continuada? ( ) Não ( ) Sim

Qual? ( ) Idoso ( ) Pessoa com deficiência

2.4 – TALENTOS E HABILIDADES ARTÍSTICAS DOS INTEGRANTES DA FAMÍLIA:

Na família do associado, existe alguém com talentos e habilidades artísticas?

( ) Não ( ) Sim Quem? \_\_\_\_\_

Especifique: ( ) Música ( ) Teatro ( ) Artesanato ( ) Dança ( ) Desenho ( ) Pintura

( ) Outros. Qual (s)?

---

---

---

---

---

---

---

---

**2.5 - QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Quem mora na casa do associado)**

Nome Completo	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda (R\$)

TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$ \_\_\_\_\_

**2.6 – OUTRAS INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA DO ASSOCIADO:**

2.6.1 - O IMÓVEL QUE A FAMÍLIA MORA É:

( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Financiado ( ) Madeira ( ) Alvenaria ( )

Mista ( ) Casa ( ) Apartamento ( ) Kitinete ( ) Outro

Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Área urbana ( ) Área rural

2.6.2 - A FAMÍLIA POSSUI VEÍCULO? ( ) Sim ( ) Não

É financiado? ( ) Sim ( ) Não

2.6.3 - TEM FILHOS ESTUDANDO EM ESCOLAS PARTICULARES?

( ) Sim ( ) Não      Qual o valor da mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

**2.6.4 - CONDIÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:**

Há alguém em tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Faz uso contínuo de medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Despesa mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Há alguém com doença crônica na família? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quem? \_\_\_\_\_

( ) Pulmonar ( ) Renal ( ) Câncer ( ) Sanguínea ( ) AIDS ( ) Neurológica (epilepsia) ( ) Cardíaca ( ) Outras

Qual? \_\_\_\_\_

Despesa mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Há pessoas com deficiência na família? ( ) Sim ( ) Não

Quem? \_\_\_\_\_ ( ) Física ( ) Mental ( ) Sensorial - auditiva/visual ( ) Múltipla Despesa mensal:

R\$ \_\_\_\_\_

**2.6.5 - INFORME AS DESPESAS FIXAS MENSAIS DA FAMÍLIA (Se houver manutenção de duas casas, a família deverá informar a soma das duas despesas)**

<b>Despesas</b>	<b>Valor</b>	<b>Despesas</b>	<b>Valor</b>
Água		Combustível	
IPTU		Aluguel	
Luz		Educação	
Imposto de Renda		Condomínio	
Telefone		Financiamentos	
INSS		Plano de saúde	
Internet		Alimentação	
Transporte		Outras despesas	

**TOTAL DE DESPESAS R\$:** \_\_\_\_\_

### **3 - RELATÓRIO DE SAÚDE DO ASSOCIADO**

#### 3.1 - IDENTIFICAÇÃO

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Plano de saúde: \_\_\_\_\_ N° Carteira: \_\_\_\_\_

Médico da família: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Posto de saúde: \_\_\_\_\_ Agente comunitária: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

#### 3.2 - CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Nome	Telefone	Grau de parentesco

#### 3.3 - QUESTIONÁRIO

a) apresenta alguma restrição visual que necessite o uso de óculos? ( ) Sim ( ) Não

b) atendimento Fisioterápico: Você já teve ou tem alguma lesão (machucado)? Precisou de atendimento fisioterápico? Descreva:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Frequência ao Dentista: ( ) Nunca ( ) 1 vez por ano ( ) 2 vezes por ano ( ) Está em tratamento

d) Atendimento Psicológico: ( ) Nunca foi atendido ( ) Já foi atendido ( ) Está em atendimento

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

e) Hábitos: Dorme bem à noite: ( ) Sim ( ) Não. Quantas horas por noite? \_\_\_\_\_

f) Apresenta algum tipo de alergia (medicamentos, alimentos, poeira...)?

Especifique: \_\_\_\_\_

g) Faz uso constante de algum medicamento?

Especifique: \_\_\_\_\_

h) Alergia e Intolerância Alimentar: Possui alguma alergia ou intolerância alimentar? (glúten, lactose e etc.) ( ) Não ( ) Sim

Descreva: \_\_\_\_\_

i) Possui doença crônica ? Exemplo: diabetes, sinusite entre outras. ( ) Não ( ) Sim

Descreva: \_\_\_\_\_

3.4. MEDICAMENTOS Escreva abaixo os medicamentos que o aluno (a) está acostumado a tomar, e qual dosagem em caso de:

Dor de cabeça / enxaqueca: \_\_\_\_\_

Dor de barriga / estômago: \_\_\_\_\_

Cólica menstrual: \_\_\_\_\_

Enjôo/vômitos: \_\_\_\_\_

Dor muscular: \_\_\_\_\_

Tontura: \_\_\_\_\_

Falta de ar: \_\_\_\_\_

Fadiga / Cansaço: \_\_\_\_\_

Dor de dente: \_\_\_\_\_

Dor de ouvido: \_\_\_\_\_

Gripe / resfriado: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Espaço livre para algum comentário: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**4. AUTORIZAÇÃO:** Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo a Associação Solidariedança de Arte e Cultura a ministrar os medicamentos relacionados acima, em eventuais emergências.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (Responsável se menor de 18 anos)

**5. DECLARAÇÃO:** (  ) NÃO desenvolvo atividade física extra curricular.  
(  ) SIM, desenvolvo a(s) atividade(s) física(s) extra curricular(es) abaixo relacionada(s):

Atividade	Frequência/semana	Duração da atividade	Local

**Obs.: Caso inicie outra atividade física durante o ano letivo, favor informar à Associação Solidariedança de Arte e Cultura.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (Responsável se menor de 18 anos)



**Declaro estar ciente, e que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade e podem, a qualquer momento, ser comprovadas.**

**De Acordo:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local e Data**

\_\_\_\_\_

**Assinatura (Responsável se menor de 18 anos)**

**AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM**

**ANO LETIVO 2020**

**DADOS DO ASSOCIADO (A):**

Nome \_\_\_\_\_ (  ) F (  ) M

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**Autorizo a produção e reprodução de quaisquer imagens obtidas em caráter institucional, espetáculos ou pesquisas, cedendo desta forma à Instituição os direitos autorais para a utilização e veiculação com ou sem caráter comercial.**

(  ) **SIM autorizo o uso das imagens do associado.**

(  ) **NÃO autorizo o uso das imagens do associado.**

**De acordo:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local e Data**

\_\_\_\_\_

**Assinatura (Responsável se menor de 18 anos)**