

## CADERNO DE REMATRÍCULA

### Ano letivo 2025

Itens que deverão ser entregues conforme cronograma, para confirmação da matrícula:

- ✓ Formulário de cadastro da criança devidamente preenchido.
- ✓ Formulário dos autorizados para retirada devidamente preenchido.
- ✓ Autorização de uso de imagem e som devidamente preenchida.
- ✓ Autorização para uso de espaços externos devidamente preenchida.
- ✓ Protocolo de normas da escola devidamente preenchido.
- ✓ Ficha de saúde devidamente preenchida.
- ✓ 02 fotos 3x4 do aluno ATUALIZADAS.
- ✓ Cópia da caderneta de vacinação ATUALIZADA.
- ✓ Cópia do comprovante de endereço ATUALIZADO.
- ✓ Memorando do DRH para crianças já matriculadas na Educação Infantil que permanecerão após às 18h00 (apenas para servidores UNIFESP)

**NÃO SERÃO ACEITAS REMATRÍCULAS SEM A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E ATUALIZADA.**

**FORMULÁRIO DE REMATRÍCULA – 2025**

Ed. Infantil ( ) Ensino Fund. ( ) Turma: \_\_\_\_\_ Complementar ( )

FOTO

R.A.:

R.M.:

Bolsa Família:

Esse campo deve ser preenchido pela escola

Nome da criança:

Data de Nascimento:

R.G.:

Endereço:

Nº

Cep:

Telefone residencial:

Bairro:

Cidade:

Tem alguma deficiência? ( ) sim ( ) não - Se sim, qual?

Raça: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ( )indígena ( )raça/cor não declarada

Responsável 1:

RG:

Celular:

Vínculo: ( )HU ( )HSP ( )UNIFESP ( )COMUNIDADE

Setor:

RF:

Ramal:

Horário:

E-mail

Responsável 2:

RG:

Celular:

Vínculo: ( )HU ( )HSP ( )UNIFESP ( )COMUNIDADE

Setor:

RF:

Ramal:

Horário:

E-mail

A criança possui acesso à internet? ( ) sim ( ) não

A criança possui acesso smartphone, tablet ou computador? ( ) sim ( ) não

Responsável:

Data:

Secretária Escolar: Débora Santana Simas

Diretora – NEI-Paulistinha - Dilma Antunes Silva

## FICHA DE CADASTRO DOS AUTORIZADOS PARA RETIRADA DA CRIANÇA 2025

### 1º autorizado

Nome completo:

Número do RG:

Telefone para contato:

Parentesco:

### 2º autorizado

Nome completo:

Número do RG:

Telefone para contato:

Parentesco:

### 3º autorizado

Nome completo:

Número do RG:

Telefone para contato:

Parentesco:

### 4º autorizado

Nome completo:

Número do RG:

Telefone para contato:

Parentesco:

**Assinatura do Responsável:**

**Data:**

**Obs: as crianças só poderão ser retiradas por pessoas maiores de 18 anos.**

## AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E SOM 2025

O Núcleo de Educação Infantil – Escola Paulistinha de Educação registra por meio de filmagem, fotos e áudios as práticas pedagógicas que ocorrem com as crianças, com os objetivos: (1) documentar as experiências e processos de ensino e aprendizagem; (2) divulgação no site do NEI-Paulistinha e/ou Unifesp; (3) Produção científico-acadêmico, em consonância com sua natureza universitária . Diante disso, solicitamos aos senhores pais e/ou responsáveis que informem se autorizam a utilização das imagens e áudios de seu (sua) filho (a) nas publicações pedagógicas e documentações do NEI-Paulistinha.

Eu, \_\_\_\_\_ CPF  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) aluno  
(a) \_\_\_\_\_ RG  
\_\_\_\_\_, pelo presente instrumento:

( ) **Autorizo**

( ) **NÃO Autorizo**

São Paulo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Nos termos dos artigos 5º, 10 e 14 da Lei Nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), autorizo o tratamento dos meus dados pessoais e dos dados pessoais da criança pela qual sou responsável, coletados no processo de rematrícula e matrícula do NEI-Paulistinha.

A presente autorização considera o tratamento e os compartilhamentos dos dados pessoais entre setores acadêmicos e administrativos do NEI-Paulistinha, Unifesp, HSP e SED (Secretaria da Educação Digital) e órgãos públicos, quando necessário em processos de supervisão, acompanhamento e fiscalização escolar e do bem-estar de crianças e adolescentes.

Declaro estar ciente que estes dados pessoais serão mantidos pelo tempo necessário para cumprir com as finalidades para as quais foram coletados, bem como pelo cumprimento das obrigações legais e regulatórias pelo controlador (Unifesp).

São Paulo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024

Nome da criança: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ESPAÇOS EXTERNOS 2025

Eu, \_\_\_\_\_ CPF

\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) aluno

(a) \_\_\_\_\_ RG

\_\_\_\_\_, autorizo sua saída acompanhado(a) pelas educadoras de acordo com a proposta pedagógica, neste ano de 2025, aos locais abaixo indicados:

**(1) Associação Atlética Acadêmica Pereira Barreto, Rua Pedro de Toledo, 844**

**(2) Parquinho da Rua Botucatu, Rua Botucatu, 557**

**(3) Anfiteatro Marcos Lindenberg, Rua Pedro de Toledo, 862**

São Paulo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE NORMAS DA ESCOLA - 2025

### Educação Infantil

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Declaro que li e estou ciente das Normas da Educação Infantil – 2025 e que é de minha responsabilidade acompanhar os comunicados futuros e manter atualizado os dados de contato.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## HORÁRIO DE PERMANÊNCIA DA CRIANÇA NA ESCOLA - 2025

As famílias deverão optar por um dos horários abaixo:

### ENTRADA

- 7h00
- 7h30
- 8h00
- 8h30
- 12h00
- 12h30
- 13h00
- 13h30

### SAÍDA

- 12h00
- 12h30
- 13h00
- 13h30
- 14h00
- 16h00
- 16h30
- 17h00
- 17h30
- 18h00

**LEMBRAMOS QUE AS ENTRADAS E SAÍDAS FORA DESSES HORÁRIOS SERÃO FEITAS NA SECRETARIA DA ESCOLA (NÃO SERÁ PERMITIDA ENTRADA DE RESPONSÁVEIS NA ESCOLA)**

**Lembramos que para a Comunidade Externa o horário de funcionamento da escola é até às 18h00.**

PARA OUTROS HORÁRIOS DE ENTRADA E SAÍDA INDICAR PARA ANÁLISE DA EQUIPE GESTORA:

- COMUNIDADE INTERNA (HSP /HU/ UNIFESP)
- COMUNIDADE EXTERNA

PROPOSTA DE HORÁRIO PARA ANÁLISE

ENTRADA: \_\_\_\_\_ SAÍDA: \_\_\_\_\_

## Ficha de Saúde - 2025

Criança: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Número cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Srs. Pais e/ou Responsáveis

Solicitamos que informem:

1 – A criança tem alergia?

- ( ) Não  
( ) Sim – alimentos\*; quais: \_\_\_\_\_  
( ) Sim – medicamento; quais: \_\_\_\_\_  
( ) Sim – respiratória; quais: \_\_\_\_\_  
( ) Sim – outros ; quais: \_\_\_\_\_

\*Em caso de restrição alimentar é necessário trazer laudo médico ou de nutricionista indicando o diagnóstico e a conduta. Este documento deve ser entregue **exclusivamente** à nutricionista para que sejam feitas adequações de cardápio.

2- Há alguma informação de saúde relevante? (como: asma, diabetes, alteração neurológica, entre outros).

( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

3 – A criança faz acompanhamento em algum especialista?

- ( ) Não  
( ) Sim – Pediatra;  
( ) Sim – Psicólogo;  
( ) Sim – Fonoaudiólogo;  
( ) Sim – Alergista;  
( ) Sim – Oftalmo;  
( ) Sim – Neurologista;  
( ) Sim – Otorrino;  
( ) Sim – outros; quais: \_\_\_\_\_

4 – A criança faz uso de alguma medicação contínua (todos os dias)?

- ( ) Não  
( ) Sim – quais: \_\_\_\_\_

5- A criança está apta a realizar atividade física? ( ) Sim ( ) Não.

Caso haja alguma restrição, solicitamos o envio **imediate** da restrição médica que deve ser entregue à equipe de saúde.

Assinatura do responsável : \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

Grata pela atenção,  
Equipe de saúde da escola

## SETOR DE NUTRIÇÃO

### FICHA DE SAÚDE - ATUALIZAÇÃO/2025

<b>NOME DO ALUNO:</b>	
<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	
<b>PERÍODO:</b>	<b>REFEIÇÕES QUE REALIZA NA ESCOLA:</b>  ( ) CAFÉ DA MANHÃ ( ) ALMOÇO ( ) LANCHE DA TARDE ( ) SOPA
<b>1- Teve algum problema de saúde no nascimento?</b> ( ) NÃO ( ) SIM Especificar:	
<b>2- Faz algum tipo de acompanhamento de saúde?</b> ( ) NÃO ( ) SIM Qual especialidade médica:	
<b>3- Tem diagnóstico de:</b>	
DIABETES ( ) NÃO ( ) SIM	ALERGIA A CORANTES ARTIFICIAIS ( ) NÃO ( ) SIM
DOENÇA CELÍACA ( ) NÃO ( ) SIM	ALERGIA A PEIXE ( ) NÃO ( ) SIM
ANEMIA ( ) NÃO ( ) SIM	ALERGIA A OVO ( ) NÃO ( ) SIM
FENILCETONÚRIA ( ) NÃO ( ) SIM	ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE ( ) NÃO ( ) SIM
SUBNUTRIÇÃO ( ) NÃO ( ) SIM	INTOLERÂNCIA A LACTOSE ( ) NÃO ( ) SIM
OBESIDADE ( ) NÃO ( ) SIM	COLESTEROL ALTO ( ) NÃO ( ) SIM
HIPERTENSÃO ARTERIAL ( ) NÃO ( ) SIM	OUTRAS:
<b>4- Precisa de dieta especial*?</b> ( ) NÃO ( ) SIM Especificar: <b>*ANEXAR CÓPIA DO LAUDO MÉDICO</b>	
<div style="background-color: #e6f2ff; padding: 10px; border: 1px solid #add8e6;"> <p style="text-align: center;"><b>Informações necessárias para o laudo físico ou prescrição eletrônica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nome completo do estudante;</li> <li>Prescrição com letra legível;</li> <li>Data do laudo inferior a 06 meses;</li> <li>Conter diagnóstico, hipótese diagnóstica ou CID;</li> <li>Detalhamento dos alimentos que podem ou não serem consumidos pelo estudante;</li> <li>Caso haja o uso de fórmulas, especificar o tipo e a quantidade;</li> <li>Dados do profissional (médico, nutricionista, fonoaudiólogo, etc) como <b>nome completo, carimbo com número do registro profissional e assinatura;</b></li> <li>Nos casos de restrições alimentares, este laudo <b>deverá ser renovado ANUALMENTE.</b></li> </ul> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;"><b>ATENÇÃO:</b> Nos casos pontuais de restrição alimentar indicar data de início e fim.</p> </div>	
<b>ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:</b>	
<b>DATA:</b>	