

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	SAÍDA
<input type="checkbox"/> 7h00	<input type="checkbox"/> 12h00
<input type="checkbox"/> 7h30	<input type="checkbox"/> 12h30
<input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 13h00
<input type="checkbox"/> 8h30	<input type="checkbox"/> 13h30
<input type="checkbox"/> 12h00	<input type="checkbox"/> 14h00
<input type="checkbox"/> 12h30	<input type="checkbox"/> 16h00
<input type="checkbox"/> 13h00	<input type="checkbox"/> 16h30
<input type="checkbox"/> 13h30	<input type="checkbox"/> 17h00
	<input type="checkbox"/> 17h30
	<input type="checkbox"/> 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 **imediato** 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

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