

Foto  
atualizada

**Centro Juvenil de Artes Plásticas**  
**Matrículas 1º semestre 2024**



**(Preenchimento exclusivo CJAP)**

**Oficina** \_\_\_\_\_ **Professor (a)** \_\_\_\_\_

**Período** ( )manhã ( )tarde

**Dia da semana** ( )2ªF. ( )3ªF. ( )4ªF. ( )5ªF. ( )6ªF.

**Dados do Aluno(a):**

Nome do aluno(a): \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Que raça se autodenomina?

( )Branca ( )Preta ( )Parda ( )Amarela ( )Indígena ( )Outro

Qual gênero se identifica?

Feminino ( )Masculino ( )Prefiro não dizer ( )Outros

**Responsáveis:**

Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Endereço:**

Rua:: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro:: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Qual escola frequenta? \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ ( )Estadual ( )Municipal ( )Particular ( )Federal

Em caso de urgência/emergência, **OUTRO** responsável a ser avisado.

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

Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Possui Laudo médico **concluído** (TDHA, TEA, AH/SD, TOD outros)? ( )sim ( )não

Possui Laudo médico em **Investigação**? ( )sim ( )não

Faz terapia ou acompanhamento psicológico? ( )sim ( )não

Toma medicamento controlado? ( )sim ( )não

Tem alguma alergia? ( )sim A que? \_\_\_\_\_ ( )não

**Se sim, deverá obrigatoriamente apresentar a cópia do laudo atualizado. Se o aluno estiver em processo de investigação, a família se responsabiliza ao término da avaliação, comunicar a Equipe Pedagógica e entregar uma cópia ao CJAP.**

**Para a efetivação da matrícula os interessados deverão passar por entrevista prévia com a equipe pedagógica.**

Tomou conhecimento do Centro Juvenil de Artes Plásticas através de: ( )Folder ( )Internet ( )Amigo ( )Outros

Como será à saída do aluno do CJAP:

Sozinho ( )

Responsável ( ) Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Outra pessoa ( ) Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Autorizo meu filho(a) a sair do CJAP em companhia da professora responsável, em lugares próximos para visitar exposições de arte em outros espaços afins. ( )sim ( )não

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

Autorizo o uso da imagem de meu filho (a) pelo Centro Juvenil de Artes Plásticas (CJAP), a título não oneroso, para divulgações culturais e institucionais, bem como das atividades e criações artísticas por ele desenvolvidas, seja para participação em exposições ou para mera divulgação nos canais de veiculação impressos e/ou virtuais, tais como: revistas, outdoors, e-mail, jornais, folders, páginas da internet, vídeos, cartazes, painéis, gravuras entre outros. Também fica o CJAP desde já autorizado a ceder os presentes direitos a outras entidades e organizações educacionais parceiras sem necessidade de notificação ou interpelação do estudante ou de seu responsável. Para tanto, declaro-me responsável perante terceiros por quaisquer reclamações, direitos ou ônus decorrentes do desenho/ trabalho artístico cedido, isentando o CJAP de qualquer responsabilidade.

( )Sim ( )Não

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_

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

Observações pelo responsável: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caso o aluno(a) seja desistente ou cancelar matrícula preencher este campo. **(Preenchimento exclusivo CJAP)**

( ) Matrícula cancelada por \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Desistente a partir de \_\_\_\_\_