

Formulário de Matrículas – veteranos

APM (Carimbo)	Biblioteca (assinatura e carimbo)
----------------------	--

Para uso da secretaria

() Educação Infantil
 () Ensino Médio
 () Ensino Fundamental
 Ano letivo _____
 Ano/série/Grupo _____
 Turma _____
 Matrícula nº _____

Ao Sr Diretor do CEPAE

Eu, _____
 venho expor o interesse que o (a) aluno (a) abaixo cadastrado (a) continue os estudos neste Centro de Ensino para o próximo ano letivo.

Goiânia, ____ de _____ de 20 ____.

Dados Do aluno

Nome completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Sexo: () Masculino () Feminino	Tipo Sanguíneo:
País de Nascimento:	Cidade de nascimento
Estado de Nascimento:	O aluno tem necessidades educacionais especiais? () Não () Sim Se sim, qual (quais)? _____
E-mail do estudante:	
Cor/Raça: () branco () preto () pardo () amarelo () indígena	

Endereço

CEP:	Rua/Avenida:
Complemento: (Quadra, Lote)	Nº
Bairro:	
Cidade/Estado:	

Informações de Saúde do estudante

Alergias
Doenças
Possui plano de saúde: () sim () não Se sim qual?
Em caso de emergência, preferência de Pronto socorro:

Dados Do Responsável 1 - Obrigatório

Nome completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Sexo: () Masculino () Feminino	
Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Tio (a) () Avós () Irmão (ã) Outro: _____	
Profissão:	
Escolaridade (assinale o último grau concluído): () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Especialização () Mestrado Doutorado	
Telefone fixo:	Celular:
Telefone do Trabalho:	E-mail:

Dados Do Responsável 2 - Opcional

Nome completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Sexo: () Masculino () Feminino	
Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Tio (a) () Avós () Irmão (ã) Outro: _____	
Profissão:	
Escolaridade (assinale o último grau concluído) : () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Especialização () Mestrado Doutorado	
Telefone fixo:	Celular:
Telefone do Trabalho:	E-mail :

Observações: Registre somente o que julgar essencial à escola

CEPAE: ARTICULAÇÃO ENTRE ENSINO E PESQUISA

O Centro de Ensino e Pesquisa Aplicada à Educação (Cepae), da Universidade Federal de Goiás, constitui-se como uma unidade especial que se dedica ao Ensino, Pesquisa e Extensão, tal como consta no seu Regimento (Disponível em: <http://www.cepae.ufg.br/>). Esta escola se caracteriza como “um centro de ensino experimental, público e gratuito”, o ensino ministrado no Cepae associa-se intimamente com a pesquisa na área da educação. Os alunos aqui matriculados tornam-se participantes pesquisados ou sujeitos preferenciais de pesquisas realizadas por docentes do Cepae, das demais unidades da UFG ou de outras instituições de ensino superior.

Toda e qualquer investigação científica desenvolvida neste Centro segue os princípios e diretrizes propostos pelo CONEP (Conselho Nacional de Pesquisa Ética) que normatiza as práticas de pesquisa que envolvam seres humanos, de maneira a respeitar os princípios éticos e manter a dignidade humana, resguardando a integridade física, psíquica, moral, social, cultural e espiritual do sujeito pesquisado, conforme previsto na Resolução n. 196/96 do CONEP. Toda pesquisa envolvendo seres humanos no Cepae/UFG deverá ser submetida à apreciação do Comitê de Ética desta Universidade e só será realizada após aprovação nesta instância.

O respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que por si e/ou seus representantes legais manifestem sua anuência à participação voluntária na pesquisa. O pesquisador redige um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” com explicações pormenorizadas sobre a investigação a ser realizada e sobre as implicações da participação dos sujeitos. Como os alunos do Cepae são crianças e adolescentes, esse documento deverá ser assinado por seus representantes legais.

TERMO DE CIÊNCIA

Estou ciente que o CEPAE se constitui em um Centro de Ensino e Pesquisa e que meu(minha) filho(a) poderá vir a ser sujeito de pesquisas aqui realizadas, me comprometo a cumprir todas as normas que constam no regimento interno da unidade, bem como das resoluções para fins específicos (Disponível em: <http://www.cepae.ufg.br/>). **Autorizo o uso de fotos e imagens para fins institucionais em pesquisas, sites e redes sociais da escola.**

Ass. _____

Goiânia ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável

(pai, mãe, responsável legal ou o aluno se maior de 16 anos)

QUESTIONÁRIO DO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - 2022

Prezada família,

Essa seção se destina a identificar as crianças com necessidades alimentares específicas matriculadas no DEI/CEPAE/UFG. As informações serão utilizadas para direcionar as ações do Serviço de Alimentação e Nutrição do CEPAE UFG, e por isso, o preenchimento é importante para o planejamento adequado ao perfil das crianças.

Atenciosamente,

Serviço de Alimentação e Nutrição do CEPAE UFG

Nome da criança:

Agrupamento da criança em 2022 (se não souber, colocar a idade da criança):

Nome do(a) responsável pelo preenchimento:

Qual O SEU grau de parentesco com a criança?

() Pai () Mãe () Avô/Avó () Outro: _____

1. Seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade recebe aleitamento materno?

- () Sim. Em qual(is) horário(s)? _____
() Não

2. Seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade é alimentado(a) com fórmulas lácteas (exemplos: NAN, Nestogeno, Aptamil, Aptanutri, etc)?

- () Sim. Qual fórmula? _____
() Não

3. Seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade consome alimentos adoçados com açúcar (exemplos: sucos e vitaminas, bolos caseiros ou industrializados, sorvetes, tortas, balas, pirulitos, etc)?

- () Sim. Quais os principais? _____
() Não

4. Seu(sua) filho ou criança sob sua responsabilidade tem alguma doença ou problema de saúde que provoque restrição alimentar (exemplos: alergia ou intolerância alimentar, doença celíaca, colesterol alto, etc)?

Sim Não Não sei

4.1 Se sim, qual(is) a(s) doença(s) ou problema(s) de saúde?

4.2 Qual(is) os alimentos NÃO permitidos?

***Observação:** restrições alimentares devido a doenças ou problemas de saúde (diabetes, hipertensão, colesterol alto, alergias, intolerâncias alimentares etc.) serão atendidas com cardápio específico, mediante entrega de relatório com diagnóstico médico listando os alimentos restritos.

5. Seu(sua) filho(a) ou estudante sob sua responsabilidade tem restrição alimentar outros motivos (exemplo: motivos religiosos ou culturais)?

Sim Não Não sei

5.1 Se sim, qual o motivo e qual(is) alimento(s) NÃO são permitidos?

6. Gostaria de acrescentar alguma outra informação sobre a alimentação do(a) seu filho(a) ou criança sob sua responsabilidade?

Obrigada!