

Manaus, 11 de janeiro de 2018.

Informamos que o responsável pelo candidato classificado deverá dirigir-se à Fundação Matias Machline no dia 12/01/2018, para entrega da documentação relacionada abaixo:

- Certificado (original e cópia)
- Histórico Escolar de conclusão do Ensino Fundamental ou Declaração de conclusão (original/atualizada),
- 1 foto 3x4 (recente)
- Cópia da Certidão de Nascimento, Identidade e CPF ;
- Cópia do comprovante de Residência (telefone ou água);
- Cópia do documento de Identidade e do CPF do responsável pelo candidato;
- Cópia do comprovante de Renda dos membros da família do candidato: os três últimos contracheques ou declaração de imposto de renda, exercício 2016/2017;
- Cópia da carteira de Trabalho - Anexo 7 (exemplo)
- Termo de Compromisso Procedência Escolar - Anexo 1;
- Documento de opção pela Língua Espanhola - Anexo 2;
- Ficha de Saúde do Aluno - Anexo 3;
- Formulário Odontológico - Anexo 4;
- Solicitações de Exames Clínicos - Anexo 5;
- Formulário de Composição de Renda Familiar - Anexo 6;

Obs.: Caso não tenha ninguém na família trabalhando com carteira assinada, escrever CARTA DE PRÓPRIO PUNHO especificando a renda da família e cópia da Carteira de Trabalho.

Obs: Horário de atendimento: das 14h às 16h30 sexta-feira.

TERMO DE COMPROMISSO

O candidato classificado no Exame de Seleção que, no ato de sua inscrição, tenha indevidamente declarado estar cursando em Escola Pública (para a qual 85% das vagas são reservadas), subordinar-se-à integralmente aos termos do Edital de Convocação, ficando sujeito a ter sua matrícula cancelada, em qualquer fase do curso iniciado, caso se comprove inverdades quanto à sua procedência escolar ou frequência paralela em outro curso de ensino médio ou, ainda, que já o tenha concluído em outro estabelecimento de ensino.

Manaus, ____ de _____ de ____

Ciente:

Responsável pelo aluno: _____

Nome do aluno: _____

Curso:

Manaus, 30 de novembro de 2017

Srs. Pais ou Responsáveis,

Considerando o teor da Lei Nº11.161, de 5 de agosto de 2005, que trata do estudo da Língua Espanhola nas escolas brasileiras, vimos por meio deste comunicado, informá-los que os alunos regularmente matriculados nesta instituição de ensino, poderão optar pela participação às aulas deste componente curricular, se assim o decidirem, em comum acordo com seus pais ou responsável.

Em caso de concordância, todos os outros critérios estabelecidos para os demais componentes curriculares, deverão ser utilizados como parâmetro na aplicação deste, a exemplo, o desempenho e a frequência dos participantes.

Diante disso, solicitamos que no ato da matrícula seja preenchido e entregue na Secretaria da Escola, o formulário de aceitação desta proposta.

Informamos, ainda, que a carga horária prevista é de uma hora-aula semanal, devendo ser ministrada em horário de acordo com o estabelecido na formação das turmas, por professor habilitado para tal.

Pedimos aos senhores que conversem com seus filhos conscientizando-os de suas escolhas.

Cordialmente,

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu.....
responsável pelo menor....., Curso.....Série....., autorizo sua participação às aulas de Língua Espanhola ministrada nesta instituição de ensino e comprometo-me no acompanhamento de seu desempenho e frequência.

Manaus, de de

.....
Assinatura Pai/Mãe ou Responsável

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DO ALUNO – ANO: 2018

DADOS PESSOAIS			
Nome do Aluno (a):		Curso:	
Endereço:			
Tel. Residencial:			
Nome: Pai			
Nome: Mãe			
Em caso de urgência chamar:			
Tel.Celular (PAI):		Tel.Trab.(PAI):	
Tel. Celular (MÃE)		Tel. Trab.(MÃE):	
Outros telefones para contato:			
Data do Nasc.: / /		Sexo: M() F()	
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE			
Convênio:		G.Sanguineo:	F.RH : ()
Alergia ()SIM ()NÃO A que: _____			
Medicação indicada:			
Você possui algum plano de saúde? Qual? UNIMED <input type="checkbox"/> BRADESCO SAÚDE <input type="checkbox"/> HAPVIDA <input type="checkbox"/> REAL VIDA <input type="checkbox"/> SAMEL <input type="checkbox"/> SESI <input type="checkbox"/> MANAUSMED <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NÃO POSSUO <input type="checkbox"/>			
DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES			
Responda por extenso SIM ou NÃO a cada questão seguinte. No caso de “sim” Qual?			
Diabetes		Hemofilia	
Hipertensão		Hemorragia	
Hepatite		Gastrite	
Epilepsia		Deficiência	
Tabagismo		Asma	
Cardiopatía			
PATOLOGIAS ADQUIRIDAS			
()Caxumba	()Varicela	()Malária	()Pneumonia
()Rubéola	()Outras		()Sarampo
O aluno foi submetido a alguma cirurgia? ()SIM ()NÃO QUAL?			
Em caso de acidente, quais os procedimentos?			
()Encaminhar ao PS imediatamente		()Só encaminhar ao PS com autorização dos pais	
()Aguardar a chegada dos pais		()Encaminhar ao hospital de convênio	
Outros: _____			
Observação: _____			
Manaus, _____ de _____ de _____			

Asinatura Responsável			

Manaus, 30 de novembro de 2017

Aos Srs. pais ou responsáveis,

A Fundação Mathias Machline, no intuito de melhorar a qualidade de vida e preservar a saúde de seus alunos, dispõe de serviço odontológico (dentista) em suas dependências ao qual todo aluno matriculado tem direito a utilizar.

Para completar a ficha cadastral de seu filho, estaremos submetendo-o a exame clínico odontológico, mas para tanto é necessário que o responsável preencha o formulário no verso, solicitando que o menor seja submetido a exame clínico e autorizando que seja realizado quando necessário (normalmente a cada 06 meses) a profilaxia (limpeza e remoção de tártaro) e aplicação de flúor. O formulário de autorização deve ser preenchido de forma legível e assinado pelo responsável.

Durante o exame, caso seja identificada alguma necessidade de tratamento (como cárie por exemplo), o menor levará para casa um documento explicando todos os serviços que precisam ser realizados e o responsável deverá assinar autorizando a execução.

Se não for de seu interesse que o menor pelo qual é responsável seja tratado conosco, assine na parte apropriada justificando sua opção. Mas, mesmo nesse caso, o menor será submetido a exame clínico (avaliação) para constar na ficha de cadastro da escola. Lembre-se que, se essa for sua opção, o menor não poderá ser submetido ao nosso tratamento, somente atendimento em caso de urgência.

Para qualquer esclarecimento, procure o setor odontológico das 8h às 11h diariamente.

Preencha o formulário anexo.

Obs: **a)** Se autorizar Tratamento Odontológico, preencha somente o item **1**;

b) Se autorizar somente Exame Odontológico, preencha somente o item **2**;

c) Se não autorizar nenhum procedimento odontológico, preencha o item **3**.

1. AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Eu, _____ RG n° _____
responsável legal (_____) pelo (a) menor _____, 1º Ano,
Curso: _____, autorizo que o mesmo seja submetido a avaliação odontológica (**exame**) a cada 6
meses e, se necessário, a realização de profilaxia (**limpeza**), raspagem, alisamento coronário e radicular
(remoção de tartaro) e aplicação tópica de flúor periodicamente. Estou ciente que, se necessário realizar outro
serviço serei comunicado por escrito para autorizar, ou não, o procedimento.

Serviços Básicos:

1. Orientação em Higiene Bucal;
2. Profilaxia;
3. Aplicação tópica de flúor;
4. Restaurações em resina;
5. Remoção de tártaro;
6. Curativos.

Manaus, ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável

2. AUTORIZAÇÃO SOMENTE PARA EXAME ODONTOLÓGICO

Eu, _____, RG n° _____ responsável
legal (_____) pelo(a) menor _____, 1º Ano, Curso
_____ autorizo que o mesmo seja submetido a avaliação odontológica (exame) para constar
no cadastro da Fundação, mas **NÃO SOLICITO E NÃO AUTORIZO** que nenhum outro procedimento
odontológico seja realizado nas dependências da Fundação pelos seguintes motivos:

Assim, estou ciente e responsabilizo-me pelas consequências danosas que podem decorrer deste
meu ato ao menor pelo qual sou responsável.

Manaus, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Responsável

3. NÃO AUTORIZO NENHUM PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO

Aluno: _____ Curso: _____

Manaus, ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável

SOLICITAÇÃO DE EXAMES CLÍNICOS

Aos Srs. Pais ou Responsáveis, solicitamos seguintes exames para avaliação médica.

- E.C.G com laudo médico / Liberado pelo cardiologista para atividade física
- Hemograma Completo
- E.A.S (Urina)
- Tipagem Sanguínea/Fator RH

Prazo de entrega: Os exames deverão ser entregue no 1º dia de aula no ambulatório médico da escola.

Manaus, 30 de novembro de 2017

COMPOSIÇÃO DE RENDA FAMILIAR

NOME DO CANDIDATO APROVADO: _____

CURSO: _____ ANO: _____ TELEFONE DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO DO CANDIDATO: _____

NOME DOS FAMILIARES QUE CONTRIBUEM PARA A RENDA FAMILIAR	GRAU DE PARENTESCO	FORMA DE TRABALHO	RENDA MENSAL BRUTA (R\$)

 OBS.: para preenchimento do campo **forma de trabalho**:

Apresentar documentos originais e cópias para comprovação da renda.

Trabalho Formal: cópia dos 3 últimos contra-cheque se a renda for fixa e 6 últimos contra-cheque, se a renda for variável;

Trabalhadores Autônomos, empresários, comerciantes ou Prestadores de Serviços: cópia da declaração do imposto de renda do ano de 2016/2017;

Aposentados/Pensionistas ou Beneficiados de auxílio doença: extrato do benefício emitido pelo órgão ou pelo extrato disponível no site da Previdência Social – www.previdenciasocial.gov.br;

Do lar/estudantes: declaração de dependência financeira, de próprio punho do declarante, com data e assinatura; original e cópia da carteira de trabalho das páginas seguintes: identificação (foto), qualificação civil (dados pessoais), último contrato de trabalho e a página seguinte;

Desempregado: cópia da última rescisão contratual e, se estiver recebendo seguro desemprego, cópia do último recibo e caso não esteja recebendo, apresentar declaração de dependência financeira, de próprio punho do declarante, com data e assinatura; original e cópia da carteira de trabalho das páginas seguintes: identificação (foto), qualificação civil (dados pessoais), último contrato de trabalho e a página seguinte;

Manaus, _____ de _____ 20_____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELA INSTITUIÇÃO
FAIXA SOCIOECONÔMICA
DATA:/...../.....
SALÁRIO BRUTO PAI: R\$.....
SALÁRIO BRUTO MÃE: R\$.....
SALÁRIO BRUTO OUTROS: R\$.....
TOTAL SALÁRIO BRUTO: R\$.....
SALÁRIO MÍNIMO: R\$.....
FAIXA:.....
CONFERIDO POR:.....

 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Exemplo de como tirar a xerox da carteira

Carteira de Trabalho

Cópia das seguintes páginas: página 1 – Identificação, página 2 – Qualificação Civil, página 3 – Último contrato de trabalho e página seguinte



Página 1
– Identificação



Página 2
– Qualificação Civil



Página 3
– Último contrato de trabalho e página seguinte