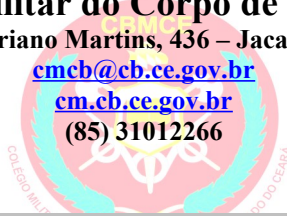


Colégio Militar do Corpo de Bombeiros

Rua Adriano Martins, 436 – Jacarecanga

cmcb@cb.ce.gov.brcm.cb.ce.gov.br

(85) 31012266

**Matrículas de Novatos
2019**Grampear
foto

Matrícula

*(Preencher com letra de forma)***Dados do Aluno**

Nome do(a) Aluno(a)

O(a) Aluno(a) solicita Matrícula no Turno, Curso e Série informados abaixo:

Turno		Curso		Série	Uso Interno			
Manhã <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	Fund. <input type="checkbox"/>	Médio <input type="checkbox"/>	Ano/Turma <input type="text"/>	Dependente PM <input type="checkbox"/> BM <input type="checkbox"/>	PC <input type="checkbox"/>	Cargo/Graduação <input type="text"/>	Não Dependente <input type="checkbox"/>

Sexo M ou F

Nascimento

Nacionalidade

Endereço Completo (Rua, Av.,Praça, Número e Complemento)

Natural de

Cor/Raça

Religião

CEP

Bairro

Cidade

UF

Identidade

Órgão

UF

C.I.A. (Carteira de Estudante)

ID Sige

Número da Certidão de Nasc.

Livro

Folha

Data de Emissão

Bolsa Família NIS

Cartório

Colégio de Origem**Dados de Saúde**

Problemas de saúde ou quaisquer fatos dignos de nota

Tipos de Remédios Proibidos

Plano de Saúde

Telefone de Emergência

Nome do Médico

Telefone do Médico

Observações Importantes

Dados do Pai do(a) Aluno(a)

Nome

Local de Trabalho

Vivo?

Endereço do Trabalho

Profissão

Graduação

DDD

Telefone Trabalho

Ramal

DDD

Residencial

DDD

Celular

Dados da Mãe do(a) Aluno(a)

Nome

Local de Trabalho

Viva?

Endereço do Trabalho

Profissão

Graduação

DDD

Telefone do Trabalho

Ramal

DDD

Residencial

DDD

Celular

Situação Conjugal dos Pais C = Casados D = Divorciados S = Separados O = Outros _____**Dados do Responsável pelo(a) Aluno(a)**

Grau de parentesco

C.P.F.

Nome

Local de trabalho

Profissão

DDD

Telefone do Trabalho

Ramal

Identidade

Órgão

UF

Endereço Residencial

E-mail

C.E.P.

DDD

Telefone

DDD

Celular

Graduação

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável