

Foto
atualizada

Centro Juvenil de Artes Plásticas

Matrículas 1º semestre 2025



(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: () _____

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

Possui **LAUDO MÉDICO concluído** (TDA/H, TEA, AH/SD, TOD outros)? ()sim ()não

Possui **LAUDO MÉDICO** em **Investigação**? ()sim ()não

Tem Deficiência ()auditiva ()física ()visual ()outras ()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.

Como será à saída do aluno do CJAP:

Sozinho ()

Responsável () Nome: _____ Parentesco: _____

Responsável () Nome: _____ Parentesco: _____

Outra pessoa () Nome: _____ Parentesco: _____

Outra pessoa () 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: _____

ATENÇÃO!!!!

Srs. Pais ou Responsáveis,

Lembramos que todas as nossas aulas são planejadas e organizadas para que o aluno tenha uma sequência no desenvolvimento da aprendizagem.

Sabemos que imprevistos acontecem, e é muito importante que em caso de **falta do aluno**, o professor seja avisado, até por respeito ao seu trabalho, através do grupo de WhatsApp (oficina, CJAP OFICIAL ou pelo telefone fixo (41) 33235643).

Faltas prejudicam a organização do aluno e do professor, bem como desvaloriza o próprio desenvolvimento do aluno .

As faltas só serão abonadas mediante apresentação de **Atestado Médico**. Demais faltas serão apenas justificadas, e caso o aluno tenha mais de 3 faltas não justificadas (sequencial ou aleatória), poderá ser desligado da oficina.

***Sugerimos que repensem a questão da organização das atividades do aluno para que não prejudiquem sua assiduidade nas oficinas no CJAP.**

***OS ALUNOS TERÃO APENAS 15 MINUTOS DE TOLERÂNCIA DO INÍCIO DAS ATIVIDADES**

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

() Matrícula cancelada por _____ Data: _____

Motivo: _____

() Desistente a partir de _____