



ESTADO DO PARANÁ
PÓLICIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
5º COLÉGIO DA PÓLICIA MILITAR - FOZ DO IGUAÇU



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA - 2026

ANO/SÉRIE CURSADO(A) EM 2025: _____

ENSINO: Fundamental Médio

CGM: _____

(Preenchimento efetuado pelo Colégio 5º CPM)

ANO/SÉRIE A CURSAR EM 2026: _____

ENSINO: Fundamental Médio TURMA: _____ N° _____

TURNO: Manhã Tarde

(Preenchimento efetuado pelo Colégio 5º CPM)

DADOS PESSOAIS DO(A) ESTUDANTE

Nome Completo do(a) Estudante:

Data de Nascimento: / /	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Naturalidade/Município de Nascimento:		UF(Estado):
País:	CPF n°	RG n°:	Data da expedição / /	Órgão Emissor / UF
Celular/WhatsApp do(a) Estudante		E-mail do(a) Estudante		
No ano de <u>2025</u> , frequentou qual escola/colégio:		Rede: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Cidade:	Estado:

Se filho(a) de militar, citar a Organização Militar que o pai e/ou a mãe pertence:

Polícia Militar Bombeiro Militar Exército Marinha Aeronáutica

Participa do Programa Bolsa Família (se SIM, apresentar cópia da Folha de Resumo do Cadastro Único) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cód. de Identificação Social do(a) Estudante - NIS n°
--	---

COR RAÇA DO(A) ESTUDANTE

Por ocasião do Censo Escolar/MEC é necessário informar a Cor/Raça do(a) Estudante (informar a cor/raça que o(a) estudante se autodeclara):

Branco(a) Pardo(a) Preto(a) Amarelo(a) Indígena

FILIAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

Filiação (1) Nome da mãe conforme consta na Certidão de Nascimento do(a) estudante:

Nº do CPF	Nº do RG	UF(Estado):
Celular/WhatsApp:		Telefone Residencial:
E-mail:		

Profissão:	Local de trabalho:
Escolaridade (Citar a maior escolaridade concluída): <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	

Filiação (2) Nome do pai conforme consta na Certidão de Nascimento do(a) estudante:

Nº do CPF	Nº do RG	UF(Estado):
Celular/WhatsApp:		Telefone Residencial:
E-mail		

Profissão:	Local de trabalho:
Escolaridade (Citar a maior escolaridade concluída): <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	

Nome do(a) Responsável pelo preenchimento e assinaturas deste formulário:

Parentesco com o(a) Estudante:	CPF da(o) Responsável Legal	Celular/WhatsApp
--------------------------------	-----------------------------	------------------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, etc.)		Número	Complemento
Bairro		Município	
País de Residência	CEP:	Zona: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	Nº da Unidade Consumidora (Talão de Luz)

CONTATOS PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Nome	Telefone	Grau de parentesco com o(a) Estudante			
Nome	Telefone	Grau de parentesco com o(a) Estudante			
Nome	Telefone	Grau de parentesco com o(a) Estudante			
DISCIPLINAS OPTATIVAS					
Se estudante do 6º ou 7º ano do Ensino Fundamental, ele(a) opta em frequentar as aulas de ENSINO RELIGIOSO: () SIM () NÃO					
TRANSPORTE ESCOLAR					
Para alunos que residem na Zona Rural, informar se utiliza o Transporte Escolar ofertado pelo poder público Municipal: () SIM () NÃO	Se sim, o transporte escolar utilizado é adaptado? () SIM () NÃO				
NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS DO(A) ESTUDANTE					
<p>O(a) Estudante possui deficiência: () SIM () NÃO Se Sim, informar a(s) opção(es) abaixo e anexar Laudo(s) Médico(s) atualizado(s):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SURDEZ (faz uso de Libras) <input type="checkbox"/> DEFICIENTE AUDITIVO (não faz uso de Libras) <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE ASPERGER <input type="checkbox"/> TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) <input type="checkbox"/> DISTÚRIOS DA APRENDIZAGEM: <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> DISLEXIA <input type="checkbox"/> DISCALCULIA </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> TRANSTORNOS MENTAIS <input type="checkbox"/> CEGUEIRA <input type="checkbox"/> VISÃO MONUCULAR <input type="checkbox"/> SURDOCEGUEIRA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA - Especificar a Deficiência: <hr/><hr/><hr/> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> DOENÇA CELÍACA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA À LACTOSE <input type="checkbox"/> DIABETE Recursos Humanos: <input type="checkbox"/> profissional de Apoio Escolar <input type="checkbox"/> Professor de apoio permanente <input type="checkbox"/> Tradutor Intérprete de Libras Locomoção: Faz uso de cadeira de rodas () Faz uso de muletas, bengalas () Outros () </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SURDEZ (faz uso de Libras) <input type="checkbox"/> DEFICIENTE AUDITIVO (não faz uso de Libras) <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE ASPERGER <input type="checkbox"/> TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) <input type="checkbox"/> DISTÚRIOS DA APRENDIZAGEM: <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> DISLEXIA <input type="checkbox"/> DISCALCULIA	<input type="checkbox"/> TRANSTORNOS MENTAIS <input type="checkbox"/> CEGUEIRA <input type="checkbox"/> VISÃO MONUCULAR <input type="checkbox"/> SURDOCEGUEIRA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA - Especificar a Deficiência: <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> DOENÇA CELÍACA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA À LACTOSE <input type="checkbox"/> DIABETE Recursos Humanos: <input type="checkbox"/> profissional de Apoio Escolar <input type="checkbox"/> Professor de apoio permanente <input type="checkbox"/> Tradutor Intérprete de Libras Locomoção: Faz uso de cadeira de rodas () Faz uso de muletas, bengalas () Outros ()
<input type="checkbox"/> ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SURDEZ (faz uso de Libras) <input type="checkbox"/> DEFICIENTE AUDITIVO (não faz uso de Libras) <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE ASPERGER <input type="checkbox"/> TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) <input type="checkbox"/> DISTÚRIOS DA APRENDIZAGEM: <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> DISLEXIA <input type="checkbox"/> DISCALCULIA	<input type="checkbox"/> TRANSTORNOS MENTAIS <input type="checkbox"/> CEGUEIRA <input type="checkbox"/> VISÃO MONUCULAR <input type="checkbox"/> SURDOCEGUEIRA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA - Especificar a Deficiência: <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> DOENÇA CELÍACA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA À LACTOSE <input type="checkbox"/> DIABETE Recursos Humanos: <input type="checkbox"/> profissional de Apoio Escolar <input type="checkbox"/> Professor de apoio permanente <input type="checkbox"/> Tradutor Intérprete de Libras Locomoção: Faz uso de cadeira de rodas () Faz uso de muletas, bengalas () Outros ()			
DIREITO DE IMAGEM - AUTORIZAÇÃO					
<p>Declaro que em atendimento a Lei Nº 13.709/2018, estou de acordo e autorizo o uso da imagem e dos registros do(a) aluno(a)nos Sistemas Estaduais de Educação para fins estatísticos da SEED e do Censo Escolar, para planejamento e execução de políticas públicas e atendimento à rede de proteção. E pelo presente instrumento, na qualidade de maior e/ou responsável pelo aluno(a) acima mencionado, autorizo ainda o uso da imagem por meio de filmagem, fotografia, redes sociais do colégio e da APMF, outdoors ou qualquer outro processo análogo, bem como a participação em atividades culturais e pedagógicas como: teatros, danças, apresentações e eventos militares e outros que o 5º Colégio da Polícia Militar de Foz do Iguaçu venha a participar. Todas as imagens e atividades estarão respeitando os preceitos legais (Estatuto da Criança e do Adolescente/Constituição Federal de 1988/Código Civil) e diante dessa autorização, estou ciente desde já, que não cabe em nenhum tempo, reclamação trabalhista, indenização, ou qualquer tipo de pagamento ou imposição de ônus pelo uso de sua imagem.</p>					
<p>Foz do Iguaçu, _____ / _____ / _____ Nome e Assinatura Responsável: _____</p>					
TERMO DE COMPROMISSO					
<p>Eu, responsável legal pelo(a) Estudante citado neste Requerimento, declaro estar ciente dos seguintes itens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Li e concordo com a Proposta Política Pedagógica, o Regulamento Escolar e Manual do aluno, acatando integralmente as orientações e determinações do 5º Colégio da Polícia Militar de Foz do Iguaçu, portanto, venho requerer a V.Sª. a matrícula do(a) estudante na série/ano a que tem direito; 2. Estou ciente quanto a contribuição à APMF – Associação de Pais, Mestres e Funcionários do 5º CPM; 3. Concordo em participar, contribuir e vender as rifas e promoções promovidas pela APMF em prol do 5º CPM (Rifa de Páscoa, Festa Julina, etc.); 4. Autorizo a revista pessoal nas hipóteses previstas no Art. 244, do Código de Processo Penal, suas bolsas, mochilas, sacolas e similares (em caráter reservado, sem submeter o(a) estudante a uma situação constrangedora ou vexatória, perante os demais estudantes); 5. Autorizo a realização de atividades educativas e desportivas extraclasse, em ambiente externo ao 5º Colégio da Polícia Militar do Paraná; 6. Autorizo a realização de atividades cívico-militares (formatura no início e ao final de cada dia letivo, instruções de ordem unida, etc.) no pátio de formaturas do 5º Colégio da Polícia Militar do Paraná ou em outros locais, de acordo com os regulamentos pertinentes; 7. Concordo com a participação da formatura anual para o 9º Ano do Ensino Fundamental ou para a 3ª Série do Ensino Médio; 8. Autorizo a participação em viagens que tenham horário de saída e retorno previstos para o período das 07 horas às 19 horas, sem necessidade de assinar o Termo de Autorização; 9. Estou ciente que é minha responsabilidade o acesso a todos os resultados (notas) pelo aplicativo Escola Paraná e que o 5º CPM oferta avaliação de recuperação em todas as disciplinas. É de responsabilidade do(a) estudante realizar, ou não, essas avaliações de acordo com as informações disponibilizadas; 10. Estou ciente que devo fornecer toda a documentação necessária para efetuar a matrícula e no prazo requerido para registros e arquivos junto à Secretaria do Colégio. 					
<p>Foz do Iguaçu, _____ / _____ / _____ Nome e Assinatura Responsável: _____</p>					
<p>Em conformidade com o Termo de Cooperação Técnica, este comandante () DEFERE () INDEFERE este requerimento de matrícula.</p>					
<p>Foz do Iguaçu, PR, _____ / _____ / _____.</p>					
<p>Major QOEM PM André Sech Ribas Diretor / Comandante 5º Colégio da Polícia Militar de Foz do Iguaçu</p>					



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
5º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR DE FOZ DO IGUAÇU



FICHA DE SAÚDE

DADOS DO(A) ESTUDANTE

CGM	Nome do(a) estudante como consta na certidão de nascimento		
COD. INEP 41162048	Nome social		
Filiação 1 (nome da mãe)			
E-mail de uso pessoal da filiação 1		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 2 (nome do pai)			
E-mail de uso pessoal da filiação 2		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 3 (nome da mãe)			
E-mail de uso pessoal da filiação 3		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 4 (nome do pai)			
E-mail de uso pessoal da filiação 4		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
			Telefone para recado

HISTÓRICO DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Possui convênio ou Plano de Saúde? ()SIM ()NÃO	Se sim, qual?		Tipo sanguíneo / Fator RH	
Faz uso de medicamento contínuo? ()SIM ()NÃO	Se sim, quais?		Em caso positivo, o responsável legal autoriza a Instituição de Ensino a ministrar o(s) medicamento(s)? ()SIM ()NÃO Se SIM, deverá ser anexada uma cópia da prescrição médica	
OBS.: A cópia válida da prescrição médica, com a posologia e a medicação deverá ser entregue pelo(a) responsável legal à Instituição de Ensino, identificada com o nome completo do(a) estudante, série, turma e a posologia a ser ministrada.				
A vacinação do (a)estudante está "em dia" conforme prevê a Lei Federal n.º 14.886/24? ()NÃO ()SIM	()SIM	Após o início do ano letivo (matrícula), o esquema vacinal foi atualizado?	()NÃO ()SIM	Se sim, deverá ser compartilhada nova cópia do Comprovante de vacinação do (a)estudante.
O(a) estudante já realizou cirurgias? ()NÃO ()SIM	Se sim, quais? () Alimentos. Quais? _____ O(a) estudante é alérgico(a)? ()SIM ()NÃO Se sim, qual tipo? () Medicamentos. Quais? _____ () Outras. Quais? _____			

Observações:

Doenças Crônicas

()Asma/Bronquite	()Rinite alérgica	()Cardiopatia	()Convulsão/Doença neurológica	()Obesidade	()Doença da tireoide	()Epilepsia
()Hemofilia/Doenças do sangue	()Hipertensão Arterial	()Diabetes*	()Transtornos psicológicos	Quais: _____		
()Intolerância a Lactose	()Doença Celíaca	() Outras. Quais: _____				

Observações:

Deficiências-obrigatório informar no requerimento de matrícula

() Visual	Especifique: _____
() Auditiva	Especifique: _____
() Física	Especifique: _____
() Outra(s):	Especifique: _____

O(a) Estudante tem alguma restrição à prática de atividade física? ()NÃO ()SIM Se sim, qual tipo? _____

Em caso positivo, o responsável deverá encaminhar à secretaria escolar o documento que ampara legalmente o impedimento ou que oriente sobre as restrições

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, responsável legal pelo(a) estudante acima citado(a), autorizo o **5º Colégio da Polícia Militar de Foz do Iguaçu**, em caso de emergência, encaminhar/solicitar socorro médico, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta Ficha de Saúde e comunicar-me imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

Assinatura do Responsável Legal

Local e data: _____

CPF: _____



FORMULÁRIO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DADOS EMPREGATÍCIOS DO(A) ESTUDANTE

NOME DO(A) ESTUDANTE: _____ SÉRIE _____

**PERFIL SOCIOECONÔMICO DA FAMÍLIA DO ESTUDANTE
(assinalar com X as questões de 1 à 8):**

1. **Renda Familiar Mensal:** Sem Renda Até 1 Salário mínimo 1 a 3 Salários mínimos 3 a 5 Salários mínimos Mais de 5 Salários mínimos Optou por não informar
2. **Tipo de Moradia:** Casa Apartamento Cômodo Coletivo Optou por não informar
3. **Forma de ocupação da Moradia:** Própria Alugada Cedida Pensionato Casa Lar ou Abrigo Outros Optou por não informar
4. **Tipo da construção:** Alvenaria Madeira Mista Outra Optou por não informar
5. **Serviços que a moradia tem acesso:** Água encanada Energia Elétrica Esgoto Coleta de Lixo
6. **Itens existentes na moradia:** Banheiro Rádio Televisão Geladeira Computador Celular Tablet Freezer Máquina de Lavar Bicicleta Motocicleta Automóvel
7. **Tipo de conexão com a internet:** Não possui ADSL Cabo Fibra Via Rádio Via Satélite Móvel:3G Móvel:4G Móvel:5G Wifi público ou compartilhado
8. **Com quem o aluno reside:** Pai Mãe Irmãos Avós Tios Tutor Legal Cônjuge Outros
9. **Total de pessoas que residem com o(a) aluno(a), incluindo o(a) aluno(a):** _____

DADOS EMPREGATÍCIOS DO(A) ESTUDANTE:

O aluno está trabalhando?: Sim Não

N.º da Carteira de Trabalho: _____ Série Carteira de Trabalho: _____

Forma de contratação: Prog. Jovem Aprendiz Autônomo/Familiar/Informal CLT Estágio Remunerado

Agente Integrador: CIEE GERAR IEL PROE CEINEE NUEEP ISBET CETEFE CENTRAL DE ESTÁGIOS PRO ESTÁGIOS MAIS ESTÁGIOS SUPER ESTÁGIOS Outros

Programa Jovem Aprendiz - Entidade Ofertante: GUARDA MIRIM CIEE GERAR SENAI SENAC SENAT SENAR SESCOOP ROA Outros

Nome Fantasia da Empresa: _____

Razão social da Empresa: _____

CNPJ do Empregador: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço da Empresa: _____ Nº _____ CEP _____

Telefone da Empresa: _____ Email da Empresa: _____

Horário de Trabalho: _____ até as _____ Data Início do contrato: _____ Data Fim do contrato: _____

Eu, _____ responsável legal pelo(a) estudante supracitado(a) confirmo a atualização do seu cadastro, declarando verdadeiras as informações contidas no presente formulário.

Foz do Iguaçu, _____ / _____ / _____ Assinatura do responsável _____



POLICIA MILITAR DO PARANÁ
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
5º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR DE FOZ DO IGUAÇU
ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO



TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, _____, RG: _____, Responsável legal pelo(a) Aluno(a) _____, RG: _____ a ser matriculado no(a) _____ ano/série, ASSUMO SOLIDARIAMENTE O COMPROMISSO de cumprir e fazer cumprir as normas estabelecidas pelo 5º CPM, bem como as demais orientações previstas na legislação de ensino aplicáveis, declarando que estamos cientes de:

1. Conhecer e cumprir as diretrizes contidas no **Regulamento Interno**, no **Manual do Aluno**, bem como as decisões provenientes do **Conselho de Classe**, **Conselho Pedagógico** e do **Comando do 5º CPM**;
2. Fornecer toda a documentação necessária e no prazo requerido para registros e arquivos junto à Secretaria do Colégio;
3. Nas aulas EAD manter sempre a câmera ligada e assistir as aulas devidamente uniformizado;
4. Cuidar do material didático e das instalações do CPM se responsabilizando pelo uso incorreto ou pelos eventuais danos causados;
5. Adquirir o uniforme previsto e utilizá-lo da forma correta, bem como contribuir dentro da capacidade financeira com a APMF do 5º CPM;
6. Comparecer ao CPM sempre que solicitado e controlar a frequência escolar (mínimo 75%), ciente de que 3 (três) faltas seguidas ou 5 (cinco) alternadas, injustificadas, geram a inserção no Sistema de Educação da Rede de Proteção (SERP), passível de responsabilidade;
7. Dar ciência mediante assinatura aos comunicados do CPM, bem como acompanhar o Site Oficial: www.cpmfoz.com.br, Facebook, Instagram e grupo do WhatsApp;
8. Realizar todas as atividades, bem como acompanhar o rendimento escolar (Média=6,0), buscando auxílio junto à Orientação Pedagógica quando necessário;
9. Independente do regime de aulas – presencial, híbrido ou EAD – o Aluno(a), para ser considerado aprovado deverá ter Nota (Média mínima 60) e Presença (mínimo de 75%);
10. O(a) Aluno(a) será submetido(a) a um Sistema de Créditos (30 créditos por semestre) sendo que em caso de transgressão incidirá na perda proporcional destes, e ações meritórias incidirão no acréscimo proporcional.
11. No caso de perda total dos créditos o(a) aluno(a) será submetido(a) à **Matrícula Condicional**, ocasião em que não poderá incidir em transgressão de natureza grave ou gravíssima, nem mesmo perder seus créditos no semestre subsequente, conforme art. 223 do Regulamento do 5º CPM, sob pena de remanejamento.
12. Estar ciente de que o(a) aluno(a) que não se adaptar ao regime disciplinar e/ou pedagógico que rege o Colégio da Polícia Militar de Foz do Iguaçu, não atingindo seus objetivos em 2 (dois) anos na mesma série, ou 3 (três) anos em séries diferentes na mesma etapa de ensino, deverá optar por outro Estabelecimento de Ensino, conforme Art. 157, p. 4º. Regulamento.
13. Apoiar e contribuir com os eventos e ações da APMF e do 5º CPM, ciente de que os eventuais recursos gerados serão destinados à(s) melhoria(s) do Estabelecimento de Ensino.

Foz do Iguaçu, _____ / _____ / _____

Assinatura Responsável