

Foto  
atualizada

**Centro Juvenil de Artes Plásticas**  
**Matrículas 1º semestre 2023**



Oficina de _____ Professor(a) _____ Período _____ Dia da semana _____
Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ RG: _____
Rua: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade _____
Mãe: _____ Profissão: _____ Celular: _____ RG _____ E-mail _____
Pai: _____ Profissão: _____ Celular: _____ RG _____ E-mail _____
Qual escola frequenta? _____ Fone: _____
Tem alguma alergia? _____ Qual? _____
Possui alguma necessidade especial? <b>Se sim, deverá obrigatoriamente apresentar a cópia de laudo atualizado.</b> Altas habilidades. _____ Deficiência. Qual? _____ Autismo _____ Outros transtornos? Não _____ Qual? _____
Saída do aluno do CJAP será com: Responsável _____ sozinho _____ outra pessoa _____ Nome: _____
Autorizo meu filho (a) a sair do CJAP em companhia da professora responsável para visitar exposições de arte em outros espaços afins. Sim _____ Não _____
Autorizo o uso de imagem do menor, bem como de atividades por ele desenvolvidas no CJAP, na forma impressa ou digital, para fins de divulgação da instituição ou das ações a ela correlata.  Curitiba, _____ de _____ de 2023. Assinatura _____