



FOTO

**Centro Juvenil de Artes Plásticas
Matrículas 2º semestre 2025**

(Preenchimento exclusivo CJAP)

Oficina _____ **Professor (a)** _____

Período ()manhã ()tarde

Data da Matrícula

____/____/____

Dia da semana ()2ªF. ()3ªF. ()4ªF. ()5ªF. ()6ªF.

Dados do Aluno(a):

Nome do aluno(a): _____

Nome social (se houver): _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____

Nacionalidade: _____

Que raça se autodenomina?

()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena ()Outro

Qual gênero se identifica?

()Feminino ()Masculino ()Prefiro não dizer ()Outros

Responsáveis:

Mãe: _____ Profissão: _____

Celular: () _____ CPF _____

Email _____

Pai: _____ Profissão: _____

Celular: () _____ CPF _____

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** (TDAH/TDA, TEA, AH/SD, TOD outros)? () sim () não

Está em **INVESTIGAÇÃO para diagnóstico médico**? () 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: _____

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: _____

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ responsável
pelo aluno (a) _____ matriculado
na oficina de _____.

Declaro-me ciente das orientações abaixo:

- 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 da 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.
- Horário das aulas:
Período da manhã: início 8:30h e término 11:30h - Período da tarde: início 14:00h e término 17:00h.
Para um bom andamento da aula temos uma tolerância de **15 minutos** na entrada dos alunos.
- A falta só será considerada abonada mediante apresentação de **Atestado Médico**.
- Caso o aluno tenha mais de **3 faltas** consecutivas, será desligado da oficina e a vaga será repassada para outro aluno.
- Encaminhar Atestados Médicos através do WhatsApp - contato: **CJAP OFICIAL** que está no grupo da turma.
- O aluno deverá trazer seu próprio material, solicitado no ato da matrícula, em todas as aulas.
- O aluno com **LAUDO** é obrigatória a apresentação do mesmo à responsável pelo setor Pedagógico.
- **Não nos responsabilizamos por perdas ou danos em materiais emprestados a outros alunos ou extraviados.**

*Em caso de desistência da oficina, os responsáveis devem avisar via **WhatsApp** do **CJAP OFICIAL** que está no grupo da turma, para a matrícula ser **CANCELADA** oficialmente.*

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

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 autorizo o CJAP a coletar, armazenar e tratar os dados pessoais e sensíveis aqui informados para fins exclusivamente pedagógicos, de segurança e administrativos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). 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: _____

AVISO DE MONITORAMENTO

Declaro estar ciente sobre a existência do sistema de videomonitoramento (sem som) nas dependências de toda a instituição com a finalidade de segurança patrimonial, integridade de servidores, estudantes, visitantes e proteção do patrimônio público, sendo que as imagens não possuem a finalidade do controle disciplinar de alunos, avaliação de desempenho de professores, ou qualquer forma de vigilância pessoal, respeitando os direitos fundamentais de intimidade e privacidade. As imagens são armazenadas por curto período e protegidas conforme a legislação vigente (LGPD – Lei 13.709/2018), com acesso restrito técnico apenas para a direção;

Assinatura do responsável _____

Curitiba _____, _____ de 202____.

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

Matrícula cancelada por _____ Data: _____

Motivo: _____

Desistente a partir de _____

