



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA CULTURA



Centro Juvenil de Artes Plásticas

Matrículas - 1º semestre 2026



FOTO

Data da Matrícula

____ / ____ / ____

(Preenchimento exclusivo CJAP)

Oficina _____ **Professor (a)** _____

Período manhã tarde

Dia da semana 2^aF. 3^aF. 4^aF. 5^aF. 6^aF.

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

E-mail da escola: _____

Em caso de urgência/emergência, **OUTRO** responsável a ser avisado.

Nome: _____

Fone: ()_____

- Tomou conhecimento do Centro Juvenil de Artes Plásticas através de: ()Site ()Instagran ()Rádio ()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: _____

Responsável () 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** (não justificadas), será desligado da oficina e a vaga será repassada para outro aluno.
- Encaminhar Atestados Médicos através do WhatsApp - contato: **CJAP OFICIAL (ADMINISTRADOR)** 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 à apresentação do mesmo para 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 2026 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 2026.

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

Matrícula cancelada por _____ Data: _____
Motivo: _____
 Desistente a partir de _____