



ANEXO I

1 - Escola: **ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL PRIMEIROS PASSOS – SÃO JOSÉ**

2 – Identificação do(a) aluno(a):

Nome do aluno(a): _____

Data de Nascimento: _____ Turma matriculada: _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Nome do Responsável legal pelo aluno(a): _____

Grau de Parentesco: _____ Telefone de contato: () _____

Outro telefone de contato: () _____

Solicito vaga em período integral para o aluno descrito acima, sendo que minha família está incluída nos seguintes critérios para atendimento de período integral, sendo:

() **1** – A criança com deficiência, microcefalia, ostomizada ou com anemia falciforme, mediante apresentação e validação de laudo técnico emitido pelo médico que acompanha a criança;

() **2** – Família sob Medida Protetiva em Unidade de Acolhimento e/ou Família Acolhedora.

() **3** – Família atendida pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) da região;

() **4** – Família em que, pelo menos, um dos pais da criança encontrar-se em espaço prisional; e ou Medida Socioeducativa de Internação, Liberdade Assistida – LA e Prestação de Serviço à comunidade – PSA ou egresso há pelo menos 18 meses de alguns dos itens citados;

() **5** – Família atendida em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);

() **6** – Criança que possui irmão/irmã na Unidade de Ensino pleiteada;

() **7** – Família beneficiária do Programa Bolsa Família;

() **8** – Família inscrita no Cadastro Único – CADÚNICO;

() **9** – Criança com quadro de desnutrição proteico energético grave;

() **10** – Família em que a pessoa responsável legal seja idosa e detentora da guarda da criança;

() **11** – Família em que um dos pais ou responsável pela criança tenha problema de saúde mental comprovado através de laudo médico

() **12** – Família em que, pelo menos, um dos pais da criança estiver em situação de drogadição (substâncias psicoativas, com álcool e outras drogas);

() **13** – Mãe responsável legal pela criança, chefe de família, onde os seus filhos dependem, exclusivamente, dos recursos obtidos pelo seu trabalho;

() **14** – Família em que, pelo menos, um dos pais do candidato/Criança for adolescente;

() **15** – Família em que exista pessoa com deficiência ou doença grave avaliada pela Equipe de Saúde da Família – que resida no mesmo domicílio da criança, mediante laudo médico e comprovante residência;

() **16** – Criança com diabetes e com relatório médico;

() **17** – Criança com HIV;

() **18** – Criança com doenças cardiológicas com relatório médico;

() **19** – Criança com doenças renais com relatório médico;



- () **20** – Criança com doenças neurológicas com relatório médico;
- () **21** – Mãe e /ou Responsável legal analfabeto;
- () **22** – Mãe e ou Responsável legal com até quatro anos de escolaridade.
- () **23** – Família monoparental (em que a criança reside apenas com um adulto);
- () **24** – Família em que, os pais da criança estão desempregados;

Para comprovação do(s) critério(s) assinalado(s) acima, entrego neste ato, as documentações comprobatórias e as Declarações anexas deste Edital.

A prestação de informações falsas constitui crime (art. 296, art. 297 e art. 299 do Código Penal Brasileiro), respondendo o infrator pelas penalidades previstas.

Itapoá, em _____ de _____ de 2025.

Assinatura da mãe, pai e/ou responsável legal