



## ANEXO I

1 - Escola: **ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL PALHACINHO FELIZ – ITAPEMA DO NORTE**

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