

REMATRÍCULA 2024

Nome do aluno: _____

CPF do aluno: _____._____._____-____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço completo: _____

O aluno possui algum tipo de restrição (alimentar, alergia...)?: _____

Nome do responsável: _____

Parentesco: _____

CPF do responsável: _____._____._____-____

Possui outro responsável? Quem?: _____

Whatsapp do segundo responsável: (____) _____

Telefones extras para contato: (____) _____

(____) _____

Estou ciente das regras e do regimento interno do Instituto Determinação que foram apresentadas na reunião com os responsáveis para a permanência do aluno no projeto.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2024.

Ass. do Responsável