

**APPLICATION FORM**  
**FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DE ALUNO**

➤ **Student Information / Informações do Aluno**

Applicant's full name: \_\_\_\_\_  
Nome completo da criança

Date of birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_      Boy       Girl   
Data de nascimento      Menino      Menina

Nationality: \_\_\_\_\_      Intention of starting school in (DD/MM/YY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
Nacionalidade      Intenção de data de início (dia/mês/ano)

Student's ID: \_\_\_\_\_ RG RNE Passport  
Documento de identidade do aluno

Home address: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial

Neighborhood: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
Bairro      CEP      Cidade      Estado

➤ **In case of emergency / Em caso de emergência**

**Parent #1 Name:** \_\_\_\_\_  
Nome

Please provide phone numbers in order of priority for reaching you in case of emergency:  
Informe os números de telefone em ordem de prioridade para ligarmos em caso de emergência:

Phone #1: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

Phone #2: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

Phone #3: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

**Parent #2 Name:** \_\_\_\_\_  
Nome

Please provide phone numbers in order of priority for reaching you in case of emergency:  
Informe os números de telefone em ordem de prioridade para ligarmos em caso de emergência:

Phone#1: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

Phone#2: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

Phone#3: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

**Additional Person:** \_\_\_\_\_      **Relationship:** \_\_\_\_\_  
Outra pessoa      Parentesco

Please provide phone numbers in order of priority for reaching you in case of emergency:  
Informe os números de telefone em ordem de prioridade para ligarmos em caso de emergência:

Phone #1: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

Phone #2: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

Phone #3: \_\_\_\_\_  Home       Cel       Work

➤ **Security form / Formulário de segurança**

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_  
Nome do aluno Data

Senses Montessori School authorizes the departure of their students only and exclusively with the people indicated on this form. Any change of permission must be communicated in writing to the school immediately.

A Senses Montessori School autoriza a partida de seus alunos somente e exclusivamente com as pessoas indicadas neste formulário. Qualquer alteração de permissão deve ser comunicada por escrito à escola imediatamente.

<b>Student</b> <b>Aluno</b> 3x4	<b>Responsible #1</b> <b>Responsável #1</b> 3x4	<b>Responsible #2</b> <b>Responsável #2</b> 3x4	<b>Others #1</b> <b>Outros #1</b> 3x4	<b>Others #2</b> <b>Outros #2</b> 3x4
---------------------------------------	---	---	---	---

**Responsible #1 / Responsável #1**

Name: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Nome RG

Phone numbers: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Telefones Parentesco

**Responsible #2 / Responsável #2**

Name: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Nome RG

Phone numbers: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Telefones Parentesco

**Others #1 / Outros #1**

Name: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Nome RG

Phone numbers: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Telefones Parentesco

**Others #2 / Outros #2**

Name: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Nome RG

Phone numbers: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Telefones Parentesco

Student's Responsible: \_\_\_\_\_  
Responsável pela criança

Senses Montessori School: \_\_\_\_\_  
Mariana Ruske | Vivian Mozas

➤ **Family Information / Informações da Família**

Mother  
Mãe

Father  
Pai

Full name:  
Nome completo

---

---

CPF:  
CPF

---

---

Date of birth:  
Data de nascimento

---

---

ID:  
RG

---

---

Birth place and nationality:  
Naturalidade e nacionalidade

---

---

Degree of education:  
Grau de escolaridade

---

---

Marital status:  
Estado civil

---

---

Occupation:  
Profissão

---

---

Email:

---

---

Cell Phone:  
Telefone Celular

---

---

Home Phone:  
Telefone residencial

---

---

Home address  
Endereço residencial

Same as child or below  
Mesmo endereço do aluno ou informe abaixo

Same as child or below  
Mesmo endereço do aluno ou informe abaixo

Company:  
Empresa

---

---

Siblings:  
Irmãos

Name:  
Nome

Date of birth:  
Data de nascimento

School:  
Escola

1. \_\_\_\_\_

---

---

2. \_\_\_\_\_

---

---

3. \_\_\_\_\_

---

---

➤ **Student's Education History / Histórico Escolar do Aluno**

School Escola	Group Série	Year Ano	Language of instruction Língua de instrução	Location Localização
------------------	----------------	-------------	--	-------------------------

Has your child received any kind of learning or behavior support and/or experienced any learning difficulties? If so, please provide details below (i.e. speech therapy, occupational therapy, duration etc.) and provide copies of reports, if available.

Seu(sua) filho(a) recebeu qualquer tipo de assistência comportamental ou apresentou qualquer dificuldade de aprendizagem? Em caso positivo, favor fornecer detalhes (ex.: fonoaudiologia, terapia ocupacional, duração, etc.), bem como cópias dos exames/relatórios do terapeuta, se possível.

Is your child taking any medication to assist with learning difficulties?

Seu(sua) filho(a) está recebendo algum tipo de medicação relacionada à dificuldade de aprendizagem?

Please disclose any factor which may affect your child's ability to cope independently within normal school situations.

Favor informar qualquer fator/característica que possa comprometer as habilidades de seu filho(a) para acompanhar as condições normais de uma escola.

Has your child been diagnosed as a gifted or talented child? Please, provide details.

Seu(sua) filho(a) foi diagnosticado(a) como superdotado(a)? Por favor, descreva o caso.

➤ **Language Background / Idiomas**

First Language: \_\_\_\_\_  
Língua Materna

Second Language, if any: \_\_\_\_\_  
Segunda Língua, se houver

What languages are spoken at home?

Quais línguas são faladas em casa?

Briefly describe your child's previous experience with English:

Descreva brevemente a experiência de seu filho(a) com a Língua Inglesa:

➤ **Classroom Information / Informações da turma**

Baby Scientist:   
Bebê Cientista

Morning   
Manhã (8h15 às 12h15)

Afternoon   
Tarde (13h15 às 17h15)

Full Day   
Integral (8h00 às 18h00)

Morning   
Manhã (8h15 às 12h15)

Junior Scientist:   
Cientista Júnior

Afternoon   
Tarde (13h15 às 17h15)

Additional Hour (17:30 to 18:30):  Yes  No  
Hora adicional Sim Não

Senior Scientist:   
Cientista Sênior

Extended Day   
Semi-Integral (8h15 às 15h30)

Full Day   
Integral (8h15 às 17h15)



MONTESSORI SCHOOL

➤ **Financial Information / Informações de Pagamento**

School Tuition will be paid by:  
Quem pagará a escola

Company   
Empresa

Family   
Família

Other   
Outros

Name of Financial Sponsor: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Nome ou Razão Social do Responsável Financeiro CPF ou CNPJ

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Financial Sponsor: \_\_\_\_\_  
Responsável Financeiro

**MEDICAL RECORD AND STUDENT PROFILE SHEET**  
**FICHA MÉDICA E PERFIL DO ALUNO**

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Child's full name: \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nome completo da criança Data de nascimento

Type of delivery: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_  
Tipo de parto Tipo Sanguíneo

Child's weight at birth: \_\_\_\_\_ Child's height at birth \_\_\_\_\_  
Peso da criança ao nascer Altura da criança ao nascer

Would you like to share with us any detail about your pregnancy or your adoption process? (Maternal and baby's health, length of term, complications, etc.).

Gostaria de compartilhar conosco algum detalhe sobre sua gravidez ou seu processo de adoção? (Saúde materna e do bebê, prazo de duração, complicações, etc.).

Please check answers to questions below:

Por favor responda as perguntas abaixo

1. Yes  No  Any concerns about general health (eating and sleeping habits, weight, etc.)?  
Sim Não Alguma preocupação com a saúde geral (hábitos alimentares e de sono, peso, etc.)?
2. Yes  No  Any other specific illness or social/emotional or behavioral problems?  
Sim Não Alguma outra doença específica ou problemas sociais / emocionais ou comportamentais?
3. Yes  No  Any allergies (food, insects, medication, etc.)?  
Sim Não Alguma alergia (comida, insetos, medicação, etc.)?
4. Yes  No  Any prescription medication (daily or occasionally)?  
Sim Não Algum medicamento de prescrição (diariamente ou ocasionalmente)?
5. Yes  No  Any problems with vision, hearing, or speech (glasses, contacts, hearing aids, etc.)?  
Sim Não Algum problema com visão, audição ou fala (óculos, contatos, aparelhos auditivos, etc.)?
6. Yes  No  Any hospitalization, surgery, or major illness (specify problem)?  
Sim Não Alguma hospitalização, cirurgia ou doença grave (especificar problema)?
7. Yes  No  Any significant injury or accident (specify problem)?  
Sim Não Alguma lesão ou acidente significativo (especificar problema)?
8. Yes  No  Any family health history we should be aware of?  
Sim Não Alguma história de saúde familiar que devemos estar cientes?

Please explain any "Yes" answers in the space provided below.

Por favor, explique as respostas "Sim" no espaço fornecido abaixo.

## ➤ **Nutrition and feeding / Nutrição e alimentação**

Please check all that apply:  
Por favor assinale o que se aplica

Fed with breast milk  
Alimentado com leite materno

Fed with formula  
Alimentado com fórmula

Does your child eat using utensils or with their fingers?  
O seu(a) filho(a) come com utensílios ou com os dedos?

## ➤ **Sleeping / Sono**

Explain your child's sleeping patterns.  
Explique o padrão de sono de seu(a) filho(a).

How does your child express tiredness?  
Como seu(a) filho(a) expressa o cansaço?

How does your child fall asleep?  
Como seu(a) filho(a) adormece?

## ➤ **Physical development / Desenvolvimento físico**

Age that your child consistently achieved these developmental milestones:  
Idade que seu filho alcançou consistentemente esses marcos de desenvolvimentos:

Rolled over: \_\_\_\_\_  
Rolou

Stood with support: \_\_\_\_\_  
Levantou-se

Sat up with support: \_\_\_\_\_  
Sentou com suporte

Stood by self: \_\_\_\_\_  
Levantou-se sozinho(a)

Sat by self: \_\_\_\_\_  
Sentou sozinho(a)

Walked: \_\_\_\_\_  
Andou

Crawled: \_\_\_\_\_  
Engatinhou

Talked: \_\_\_\_\_  
Falou

Skills your child is currently working on: \_\_\_\_\_  
Habilidades em que a criança está trabalhando atualmente

Activities your child enjoys doing at home: \_\_\_\_\_  
Atividades que a criança gosta de fazer em casa

Is your child beginning toilet learning?  Yes  No  
Sua criança está iniciando o desfralde?  Sim  Não

Describe your approach and your child's reaction to toilet learning:

Descreva sua abordagem e a reação do seu filho ao aprendizado do banheiro:

Tell us about your child. How do you see his/her strengths and weaknesses? Describe his/her personality (Preferences, challenges, motor skills, language development, reaction to stress, etc.).

Conte-nos sobre seu filho. Como você vê seus pontos fortes e fracos? Descreva sua personalidade (Preferências, desafios, habilidades motoras, desenvolvimento de linguagem, reação ao estresse, etc.).

Pediatrician: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Pediatra Telefone

Psychologist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Psicólogo Telefone

Speech Therapist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Fonodólogo Telefone

Dentist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Dentista Telefone

➤ **Health insurance / Seguro Saúde**

Does your child have health insurance?  Yes  No  
O seu(a) filho(a) tem seguro de saúde? Sim Não

- In case of "Yes", please provide a copy of her/his card.  
- Caso possua, por favor forneça uma cópia da carteirinha.

I declare that the above information is true, and I will be responsible for keeping the school informed if there is any change.  
Declaro que as informações acima são verdadeiras e me responsabilizo por manter a escola informada caso haja qualquer alteração.

Child's Guardian : \_\_\_\_\_  
Responsável pela criança