



COLÉGIO SÃO VICENTE DE PAULO

Província Brasileira da Congregação da Missão

Rua Cosme Velho, 241 – Cep: 22241-125 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3235-2900 – Fax: (21) 2285-7580/2265-8349

E-mail: csvp@csvp.g12.br – Site: www.csvp.g12.br

FICHA DE INTENÇÃO DE MATRÍCULA EM CURSO EXTRA 2017 (INSCRIÇÃO SUJEITA À DISPONIBILIDADE DE VAGAS)

* CONFIRMAÇÃO MEDIANTE COMUNICADO DA EQUIPE COMUNITÁRIA/CSVP

CURSO: _____ PROF: _____

TURMA: _____ DIA DA SEMANA: _____ HORÁRIO: _____

DADOS DO ALUNO

Nome:	_____	Sexo:	_____
Data de Nasc.:	____/____/____	Cidade:	_____
		Estado:	_____
		País:	_____
Est. Civil:	_____	CPF:	_____
		ID:	_____
		Órgão Exp.:	_____
Residência:	_____		
Bairro:	_____	Estado:	_____
		Cidade:	_____
CEP:	_____	Tel.:	_____
		Celular:	_____
E-mail:	_____ (para correspondência com o Colégio)		

DADOS DO RESPONSÁVEL (PARA MENORES DE 18 ANOS)

Nome:	_____	Nacionalidade:	_____
Est. Civil:	_____	CPF:	_____
		ID:	_____
		Órgão Exp.:	_____
Residência:	_____		
Bairro:	_____	Estado:	_____
		Cidade:	_____
CEP:	_____	Tel.:	_____
		Celular:	_____
E-mail:	_____ (para correspondência com o Colégio)		
()	Responsável Financeiro	()	Responsável Pedagógico
()	Outro: _____		

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

(Responsável pelas informações contidas neste documento)