



PEDIDO DE MATRÍCULA NAS CLASSES DE ACOLHIMENTO DO CICLO DE ORIENTAÇÃO

ANO ESCOLAR 2025-2026

NÃO PREENCHER. DESTINADO AO USO EXCLUSIVO DA ESCOLA :

nBDS : CO Secteur :

Affectation : **CO** : ADS : Classe :

Cours LM : CO : Jour : Enseignant :

P: Enfant : Parent 1 : Parent 2 :

Assurance maladie : démarche CS à effectuer Fratrie - combien :

MNA RMNA Procédure SALSP/OEJ à effectuer :

Interprète CR :

Observations :

Neste documento, os termos que designam pessoas sao usados no sentido genérico. Eles são femininos e masculinos.

PREENCHER PELOS RESPONSÁVEIS LEGAIS DO ALUNO :

ALUNO

Sobrenome : Nome : Sexo : M F

Data de nascimento (dia-mês-ano) : Nacionalidade:

Endereço (rua, nº) :

Código postal (CEP) : Localidade :

Nome na caixa do correio :

Número de telefone fixo : Seguro de saúde :

Endereço postal se diferente (rua, nº) :

Código postal (CEP) : Localidade :

Nome na caixa do correio :

Data de chegada em Genebra : País de proveniência e cantão se Suíça :

Língua materna (primeira língua falada) : Outra(s) língua(s) falada(s) :

Língua da escola (língua de escolarização) :

SITUAÇÃO ESCOLAR

Nome da última escola frequentada :

Último ano frequentado (grau/turma/classe/nível) : Até (mês/ano) :

Localidade em que se situa a escola : País onde se situa a escola :

Línguas estudadas :

Inglês durante ano(s) do ano de escolaridade até o ano de escolaridade

Alemão durante ano(s) do ano de escolaridade até o ano de escolaridade

..... durante ano(s) do ano de escolaridade até o ano de escolaridade

..... durante ano(s) do ano de escolaridade até o ano de escolaridade

Percurso escolar dos 4 últimos anos	Grau/turma/classe/nível	Língua de escolarização	Nome da escola	Localidade da escola	País da escola

A criança apresenta distúrbios de aprendizagem? não sim, quais :

(*dislexia, disgrafia, discalculia, hiperatividade, etc.*)

A criança beneficiava de medidas de apoio pedagógico ? não sim, quais :

A criança pulou de ano ? não sim, que ano (s) :

A criança repetiu de ano ? não sim, que ano(s) :

IRMAÕS entre 4 e 20 anos de idade

Irmãos e irmãs do aluno : enumerá-los do mais velho ao mais jovem :

Sobrenome e nome	Data de nascimento	Nome da escola atual	Mora com o aluno
			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

PAIS DO ALUNO	<input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe
Sobrenome		
Nome		
Responsável legal	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Profissão		
Situação na profissão	<input type="checkbox"/> empregado/a <input type="checkbox"/> por conta própria/autônomo <input type="checkbox"/> tempo integral <input type="checkbox"/> tempo parcial	<input type="checkbox"/> empregado/a <input type="checkbox"/> por conta própria/autônomo <input type="checkbox"/> tempo integral <input type="checkbox"/> tempo parcial
Localidade do trabalho		
Telefone profissional		
Telefone privado		
Língua(s) falada(s)		
E-mail ✉		
Mora com o aluno	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Se não , endereço (rua e n°)		
Código postal (CEP) e localidade		
Estado, Distrito, Cantão / País		
Telefone fixo privado		
Estado civil	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> solteiro/a <input type="checkbox"/> parceiro/a <input type="checkbox"/> viúvo/a <input type="checkbox"/> falecido/a	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> solteiro/a <input type="checkbox"/> parceiro/a <input type="checkbox"/> viúvo/a <input type="checkbox"/> falecido/a

	RESPONSÁVEL LEGAL exceto pai ou mãe	FAMILIAR ou ESTABELECIMENTO ONDE MORA O ALUNO (nem pai, nem mãe, nem responsável legal)
Sobrenome	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.
Nome		
Relação de parentesco		
Profissão		
Situação na profissão	<input type="checkbox"/> empregado/a <input type="checkbox"/> por conta própria/autônomo <input type="checkbox"/> tempo integral <input type="checkbox"/> tempo parcial	<input type="checkbox"/> empregado/a <input type="checkbox"/> por conta própria/autônomo <input type="checkbox"/> tempo integral <input type="checkbox"/> tempo parcial
Localidade do trabalho		
Telefone profissional		
Telefone privado		
Língua(s) falada(s)		
E-mail ✉		
Mora com o aluno	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Se não , endereço (rua e nº)		
Código postal (CEP) et localidade		
Estado, Distrito, Cantão / País		
Telefone fixo privado		
Estado civil	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> solteiro/a <input type="checkbox"/> parceiro/a <input type="checkbox"/> viúvo/a <input type="checkbox"/> falecido/a	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> solteiro/a <input type="checkbox"/> parceiro/a <input type="checkbox"/> viúvo/a <input type="checkbox"/> falecido/a

Estado físico / Saúde do aluno :

NB As indicações relativas à saúde podem ser transmitidas à enfermeira do serviço de saúde da infância e da juventude. Ela pode ser contactada no seguinte número ☎ 022 546 41 00 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Outras informações que você gostaria de dar no interesse da criança :

.....

.....

.....

.....

.....

Informações que deseja que sejam comunicadas aos professores :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Localidade e data :

Assinatura* : pai mãe outro

.....

Assinatura* : pai mãe outro

.....

* Assinatura obrigatória se responsável legal

Documentos obrigatórios a anexar

- Documento de identidade (cópia do bilhete de identidade, passaporte, cartão de legitimação emitido para o cantão de Genebra ou autorização de residência emitida em Genebra) da sua filha ou do seu filho.
- Documento de identidade (cópia do bilhete de identidade, passaporte, cartão de legitimação emitido para o cantão de Genebra ou autorização de residência emitida em Genebra) para ambos os pais.
- Prova de seguro de saúde, se disponível.
- Histórico escolar do ano letivo em curso e do ano anterior (cópia).
- Autorização do pai ou da mãe que não vive em Genebra ou decisão judiciária em caso de separação.

Podem ser solicitados documentos adicionais.

Enviar o formulário e os documentos justificativos (desgrampeados e impressos somente na frente da folha (um só lado)) :

por e-mail admissions.dgeo@etat.ge.ch

ou

pelo correio Direction générale de l'enseignement obligatoire - DGEO
Service organisation et planification
Chemin de l'Echo 5A
1213 Onex

☎ +41 (0)22 327 04 00

www.ge.ch/inscrire-mon-enfant-au-cycle-orientation