

Lista de Materiais Pedagógicos Educação Infantil 2 - 2027

- 01 – Pasta Polionda de Elástico 40mm Azul
- 03 – Caixas de Massa de Modelar (12 cores, super macia por ser melhor para a criança modelar)
- 01 – Cola glíter cristal (furta cor)
- 01 – Caixa de tinta guache BASTÃO com 6 cores (cores tradicionais OU neon)
- 01 – Pacote de Papel Criativo Colorido A4, gramatura 85
- 01 – Folha de E.V.A com glíter azul
- 01 – Folha de E.V.A com glíter amarelo
- 01 – Folha de E.V.A liso vermelho
- 01 – Brinquedo para brincar na areia (baldinhos, pá, rastelo, peneirinha, etc)
- 01 – Brinquedo – boneca, carrinhos, comidinhas, blocos de madeira ou panelinhas (pode ser usado, em bom estado)
- 04 – Blocos de Desenho Escolar A4, gramatura 180
- 01 – Caixa de Giz de Cera Jumbo 12 cores
- 01 – Canetas preta de tinta permanente de ponta média (2,0mm), para uso das crianças
- 01 – Canetas preta de tinta permanente de ponta arredondada larga (4,0mm), para uso das crianças
- 02 – Tubos de cola branca
- 02 – Colas de silicone 55gr
- 01 – Pincel tipo esponja batedor grande
- 04 – Folhas de Papel Fotográfico tamanho A4
- 01 – Pacote de palitos de Sorvete colorido
- 01 – Pacote de botões coloridos (tamanho médio)
- 01 – Fantoche de mão
- 01 – Caixa de camisa polionda na cor azul
- 01 – Livro para recorte com imagens de animais, frutas, meios de transporte, etc. (usado, antigo, para recorte de figuras – pode ser encontrado em sebos)
- 01 – Taxa de Material paradidático – A ser definido na Reunião de Pais.

Material de Higiene Pessoal

02- Caixas de luvas descartáveis tamanho M

02 – Rolinho de sacos plásticos 3kg

IMPORTANTE: Esses itens são utilizados no momento da troca de fraldas, escapes de urina e para manter a higiene de cada criança para que não haja nenhum tipo de contaminação e para a organização de seus pertences.

- Para os que usam fralda: o Material de Higiene Pessoal deve ser repostado na Mochila todos os dias (lenços ou algodão, pomadas, fraldas)

ATENÇÃO:

- **Dia: 26/01/2027 – Entrega de materiais no Colégio (receberemos entre 07h30 às 17h).**
- **Dia: 27/01/2027 – 19:30h Reunião de Pais para alunos do período matutino e Recreação**
- **Dia: 28/01/2027 – 19:30h Reunião de Pais para alunos do período vespertino**

A reunião acontecerá para os pais e/ou responsáveis, de forma presencial nas dependências do Colégio Santa Cruz. A PARTICIPAÇÃO DE TODOS É FUNDAMENTAL.

- **Dia: 01/02/2027 – Início das Aulas**



OBSERVAÇÕES GERAIS:

- 1- Baixar o App **Google Sala de Aula** para acompanhamento escolar (no início do ano letivo receberão o email institucional para acesso).
- 2- Adicionar o contato da Coordenação **(44) 9 9879-8981**
- 3- **RECREAÇÃO INFANTIL:** Os alunos da turma de **Recreação Infantil** deverão trazer mochila com uma muda de uniforme, chinelo, escova e pasta de dentes (todos os itens identificados com nome), além dos itens pessoais para troca de fraldas.
- 4- **UNIFORME: AQUISIÇÃO EM LOJAS**
Com o objetivo de se promover a integração, igualdade e segurança dos nossos alunos, temos o uso do uniforme como obrigatório. Uniforme comum às meninas e meninos:
Uso diário no verão: camiseta, bermuda e calça padronizadas com a logo do Colégio.
Uso diário no inverno: camiseta e calça padronizadas com a logo do Colégio. Blusa de agasalho ou jaqueta padronizadas com a logo do Colégio ou similares nas cores preta, branca ou azul marinho (essas opções não podem conter estampas).
- 5- **TODOS OS MATERIAIS, INCLUSIVE O UNIFORME, DEVERÃO SER MARCADOS COM O NOME DO ALUNO.**
- 6- **USO DE MEDICAMENTOS:** De acordo com a legislação vigente, o Colégio fica impedido de medicar seus alunos. Quando o aluno estiver fazendo uso de algum medicamento que não possa ser interrompido, favor enviá-lo com a indicação da dosagem em RECEITA MÉDICA e o horário a ser tomado. O Colégio não medicará o aluno sem as devidas recomendações. Em caso de o aluno apresentar estado febril ou qualquer outra indisposição, quando estiver em horário de aula, os pais ou responsáveis serão comunicados via telefonema. Preencher a Ficha de Saúde e entregar assinada para a professora no primeiro dia de aula.
- 7- **Só será permitida a saída dos alunos da escola pelos pais e/ou pessoas previamente autorizadas por escrito para a professora ou equipe de Coordenação. A lista de pessoas autorizadas deverá ser preenchida e entregue para a professora no primeiro dia de aula.**
- 8- As páginas de “Autorização para Retirada do Aluno” e “Ficha de Saúde” em anexo, deverão ser preenchidas e assinadas e entregues junto com o material escolar (para TODOS, mesmo que já tenha sido entregue em anos anteriores).



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DO ALUNO 2027:

Aluno: _____

Ano/série: _____ **Turno:** _____

Eu _____, portador (a)
do RG _____ e CPF _____, autorizo as pessoas abaixo
relacionadas a buscar o(a) aluno(a) _____ no Colégio Santa
Cruz, em horário regular de saída:

1- Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____

Telefones: _____

2- Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____

Telefones: _____

3- Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____

Telefones: _____

4- Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____

Telefones: _____

5- Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____

Telefones: _____

Data: _____

Assinatura: _____

FICHA DE SAÚDE 2027:

Aluno: _____

Ano/série: _____ **Turno:** _____

Nome dos pais e/ou responsável: _____

Contatos emergência: _____

Plano de Saúde: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Cirurgias () sim () não. Especificar: _____

Doenças graves no passado () sim () não. Especificar: _____

Alergias:

() pomadas () medicamentos/remédios () picada de inseto () leite () ovo () corante

() outras. Especificar _____

Doenças crônicas:

() diabetes () cardiopatia () conjuntivite () hipotensão () asma/bronquite () tireoide

() convulsão/doença neurológica () hemofilia () hipertensão () rinite alérgica

() outras. Especificar _____

Deficiência, necessidades especiais, transtornos:

Visual () não () sim. ☐ leve ☐ moderada ☐ cegueira

Auditiva () não () sim ☐ leve ☐ moderada ☐ surdez

Defasagem entre a idade cronológica e intelectual () não () sim

Deficiência múltipla () não () sim

Altas habilidades/superdotação () não () sim

Deficiência neuromotora grave () não () sim

Possui necessidades educacionais e/ou atendimento especiais () não () sim

Restrição para fazer atividade física () não () sim especificar _____

Transtorno de Espectro Autista () não () sim

Transtorno específico das habilidades matemáticas () não () sim

Transtorno emocional e do comportamento () não () sim

Transtorno específico do desenvolvimento de função motora () não () sim

Transtorno específico da linguagem () não () sim

Transtorno do Distúrbio da Atenção/Hiperatividade - TDAH () não () sim

Acompanhamentos realizados:

Médico () sim () não. Nome do profissional: _____ especialidade: _____

Psicológico () sim () não. Nome do profissional: _____ Contato: _____

Fonoaudiológico () sim () não. Nome do profissional: _____ Contato: _____

Psicopedagógico () sim () não. Nome do profissional: _____ Contato: _____

() Outros. Especificar _____

Data: _____

Assinatura: _____