



# Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



*Snra. Diretora da Escola de Enfermagem Carlos Chagas*

*D. Waleka Paixão*

DIRETORA

*Alayde Francesconi, feito o exame necessário, e juntando os documentos exigidos requer sua matrícula no Curso de Enfermagem geral desta Escola.*

*P. deferimento*

*Belo Horizonte 5 de Março de 1941*



*Alayde Francesconi*

*1941*

## DOCUMENTOS EXIGIDOS:

- 1 Requerimento á Diretora da Escola
- 2 Registro Civil
- 3 Atestado de idoneidade moral
- 4 Carteira de identidade ou titulo eleitoral
- 5 Diploma de normalista
- ou
- 6 Certificado de conclusão da 5.ª serie do curso secundario
- 7 { Ficha de inscrição
- 8 { Atestado medico
- 9 { Atestado de dentista
- 10 Atestado de vacinação anti-variolica

*Observação: As candidatas aos Cursos de Cruz Vermelha e de Auxiliares de Enfermeiras não são exigidos os documentos mencionados nos ns. 5 e 6.*



# Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Visto

DIRETORA

## FICHA DE INSCRIÇÃO AO CURSO DE ENFERMAGEM

NOME: Alaide Francesconi  
(de acordo com o registro civil)

ENDEREÇO } Belo Horizonte Rua: Bonoborema - 86 -  
Fóra



PARENTE PROXIMO OU RESPONSÁVEL: Jarbas Francesconi  
(de acordo com o registro civil)

PARENTESCO paie PROFISSÃO Comerciante  
ENDEREÇO } Belo Horizonte Rua: Bonoborema - 86 - "Renascença"  
Fóra

PAE Jarbas Francesconi (Vivo ou falecido)  
(de acordo com o registro civil) PROFISSÃO { Comerciante  
MÃE Tereza Ware Fran (Vivo ou falecido) { domestica  
(de acordo com o registro civil)

Endereço Rua: Bonoborema - 86 -  
NUMERO DE IRMÃOS 4 IDADES DOS VIVOS 8, 11, 16, 20

Mencionar tres nomes de pessoas de suas relações com os respectivos endereços

Oswaldo Lasdelli, Rua: Varginha - 19 - Olavo Felicíssimo  
rua Rio Grande do Norte 1299, Olimpio Ferreira da Silva,  
rua Rio de Janeiro 363.

# DADOS E CARACTERISTICOS PESSOAES

NACIONALIDADE Brasileira NATURALIDADE Belo Horizonte RELIGIÃO Catolica

ESCOLA E INSPETOR FEDERAL	Duração	Data do Exame	Nota ou N.º Decreto	Certificado ou Diploma	Data
INSTRUÇÃO Primaria <u>4 anos - Grupo "Barão de Mauá"</u>	<u>4 anos</u>				
Secundaria <u>Seriado ou Parcelado { 3 anos Colegio Sagrado Coração de Jesus</u>	<u>3 anos</u>				
Superior					

IDADE: 19 Dia 2 Mez Outubro Ano 1921 ESTADO CIVIL Solteira N.º Filhos \_\_\_\_\_ Idades \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL POR ELES EM SUA AUSENCIA? \_\_\_\_\_

PORQUE DESEJA FAZER O CURSO DE ENFERMAGEM: por vocação, por meio de vida, por facilidade do curso, por ser útil á humanidade, por achar nobre e bela a profissão? por vocação e ser util á humanidade

HOUVE ALGUM FATO EM SUA VIDA QUE DESPERTASSE SUA INCLINAÇÃO PARA A ENFERMAGEM? Sim

TEVE ALGUM PREPARO ANTERIOR OU PRÁTICA DE ENFERMAGEM? Não

ONDE? \_\_\_\_\_ DURAÇÃO \_\_\_\_\_

TEM RESPONSABILIDADE DE FAMÍLIA? Não Quais? \_\_\_\_\_

CONCORDA SUA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEL COM SUA ADMISSÃO NESTA ESCOLA? Sim

PODERA' PROVER A'S DESPESAS DO CURSO? Sim Recurso Pessoal? \_\_\_\_\_

AUXÍLIO? Sim, de pae Empréstimo? \_\_\_\_\_

QUAL A SUA DISTRAÇÃO PREFERIDA?, Leitura, teatro, música, cinema, bailes, esportes, passeios ao ar livre? leitura, musica

QUAIS OS AUTORES OU OBRAS PREFERIDAS? Orico Verissimo

QUAL A SUA APTIDÃO ESPECIAL? Literatura, artes, musica, trabalhos manuais, cuidados de crianças? musica

QUAL TEM SIDO SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL? domestica

OCUPAÇÕES ANTERIORES	DURAÇÃO	NOME	ENDEREÇO DO CHEFE

PROMETE OBEDECER AO REGULAMENTO DA ESCOLA? Sim

ESTA' DISPOSTA A RETIRAR-SE SE FOR VERIFICADO QUE SEU TEMPERAMENTO NÃO SE ADAPTA A' PROFISSÃO? Sim

Assinatura Alaide Francesconi Data B. Bote, 8 de Marco de 1941

# ATESTADO DO MEDICO PARTICULAR

Peço atestar a quanto tempo conhece a candidata, quaes as doenças que foi acometida desde a 1.<sup>a</sup> infancia, doenças transmissíveis, intervenções cirurgicas, defeitos fisicos, condições actuaes da pele, sistema nervoso, aparelho respiratorio, circulatorio, digestivo, genito urinario, peso ..... altura ..... vacinação anti-variolicica ..... vacinação antitifica ..... se houve algum caso na familia em contato ou não com a candidata, de: Tuberculose ..... Epilepsia .....  
(data) (data)  
..... Doenças mentaes ..... Cancer ..... Sifilis.....

ASSINATURA

ENDEREÇO

ATESTADO DE DENTISTA

ASSINATURA

ENDEREÇO

Atesto que a senhora  
Alaide Francesesmi tem idonei-  
-dade moral para exercer as funções  
de enfermeira

Dr. Olovo Felissimus de Paula Xavier