



Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Visto

DIRETORA

FICHA DE INSCRIÇÃO AO CURSO DE ENFERMAGEM

NOME; Celina Chagas
(de acordo com o registro civil)

ENDEREÇO { Belo Horizonte Rua do Chumbo - 601
Fóra Rua Dr. José Mourão - 9
São João del Rei



PARENTE PROXIMO OU RESPONSÁVEL: José das Chagas Chagas
(de acordo com o registro civil)

PARENTESCO Pai PROFISSÃO Dentista

ENDEREÇO { Belo Horizonte
Fóra Rua Dr. José Mourão - 9 São João del Rei

PAE José das Chagas Chagas (Vivo ou falecido)
(de acordo com o registro civil)

MÃE Celina de Resende Chagas (Vivo ou falecido)
(de acordo com o registro civil)

PROFISSÃO { dentista
professora

Endereço Rua Dr. José Mourão - 9 - São João del Rei

NUMERO DE IRMÃOS 4 IDADES DOS VIVOS - 21 - 20 - 17 e 12 anos

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

P.º Afonso Negromonte - Rua do Chumbo - 652
D. Valéria Paixão - Rua do Chumbo - 601
D. Primavera Colloco Veras - Rua do Chumbo - 601

DADOS E CARACTERISTICOS PESSOAES

NACIONALIDADE Brasileira NATURALIDADE S. João del Rei RELIGIÃO Catolica

ESCOLA E INSPETOR FEDERAL	Duração	Data do Exame	Nota ou N.º Decreto	Certificado ou Diploma	Data
INSTRUCCÃO Primaria <u>Grupo Escolar "João dos Santos" de S. João del Rei</u>				<u>Sim</u>	
Secundaria <u>Seriado ou Parcelado Escola Normal N.º das Dores</u>				<u>Sim</u>	
Superior					

IDADE: 27 Dia 17 Mez fevereiro Ano 1932 ESTADO CIVIL Solteira N.º Filhos _____ Idades _____

RESPONSAVEL POR ELES EM SUA AUSENCIA? _____

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

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

TEVE ALGUM PREPARO ANTERIOR OU PRATICA DE ENFERMAGEM? não

ONDE? _____ DURAÇÃO _____

TEM RESPONSABILIDADE DE FAMILIA? não Quais? _____

CONCORDA SUA FAMILIA OU RESPONSAVEL COM SUA ADMISSÃO NESTA ESCOLA? sim

PODERA' PROVER A'S DESPEZAS DO CURSO? sim Recurso Pessoal? sim

AUXILIO? _____ Empréstimo? _____

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

QUAIS OS AUTORES OU OBRAS PREFERIDAS? S. Francisco de Sales - D. Chantard - P.º Leonel Franca

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

QUAL TEM SIDO SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL? ensinar

OCUPAÇÕES ANTERIORES	DURAÇÃO	NOME	ENDEREÇO DO CHEFE
<u>Professora</u>	<u>10 anos</u>	<u>G. Escolar "João dos Santos", de S. João del Rei</u>	<u>D. Maria de C. Campos da Cunha São João del Rei</u>

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 Helina Fiegas Data 24 de abril de 1939

ATESTADO DO MEDICO PARTICULAR

Peço atestar a quanto tempo conhece a candidata, quaes as doenças que foi acometida desde a 1.^a infancia, doenças transmissíveis, intervenções cirurgicas, defeitos fisicos, condições actuaes da pele, sistema nervoso, aparelho respiratorio, circulatorio, digestivo, genito urinario, peso altura vacinação anti-variolica 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