

	DIRETORIA DE ENSINO
	COORDENAÇÃO DE CONTROLE ACADÊMICO
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA	

Obs.: Preencher em **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** e não abreviar o nome do candidato e a filiação.

DADOS DE MATRÍCULA		
NOME DO CURSO:		MATRÍCULA (uso do IFPI):
TURNO:	SÉRIE/MÓDULO/PERÍODO:	ANO LETIVO:
CHAMADA:	FORMA DE INGRESSO:	AMPLA CONCORRÊNCIA () COTA () Qual: _____

PESSOA FÍSICA (Informações do aluno)			
NOME DO ALUNO:		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
CPF: ____-____-____	Nº RG: _____	ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF: _____	DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____
TÍTULO DE ELEITOR/ZONA/SEÇÃO:	CERTIFICADO DE RESERVISTA/TIPO: _____	SEXO: () FEMININO () MASCULINO	Estado Civil: _____
NACIONALIDADE (país):	NATURALIDADE (cidade onde nasceu):	PROFISSÃO: _____	
ENDEREÇO: _____		Nº/COMPLEMENTO (BLOCO, CONDOMÍNIO, Nº AP): _____	
BAIRRO: _____	CEP: _____	CIDADE: _____	UF: _____
TELEFONE DO ALUNO: _____	TELEFONE DO RESPONSÁVEL: _____	E-MAIL: _____	
NOME DA MÃE: _____		CPF: _____	
NOME DO PAI: _____		CPF: _____	
OUTRO RESPONSÁVEL (Grau de Parentesco) _____		CPF: _____	
ALUNO EMANCIPADO (entre 16 e 18 anos legalmente emancipados): () SIM () NÃO - (Em caso afirmativo anexar documento)			

DADOS SOCIOECONÔMICOS	
COR/RAÇA	() Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena () Não declarado
ESTADO CIVIL	() Solteiro () Casado () União estável () Divorciado () Separado () Viúvo
ESCOLA DE ORIGEM	() Pública () Privada () Filantrópica () Outros
FAIXA DE RENDA FAMILIAR	() até 1,5 salários mínimos () entre 1,5 e 2,0 salários mínimos () entre 2,0 e 2,5 salários mínimos () entre 2,5 e 3,0 salários mínimos () mais que 3,0 salários mínimos Valor Total Mensal da Renda familiar: _____ Nº de pessoas dependentes da renda: _____ Família é beneficiária de Programa Social do Governo: () SIM () NÃO
NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS	() não () altas habilidades/superdotação () transtorno global de desenvolvimento () condutas típicas (déficit de atenção, hiperatividade, esquizofrenia, transtorno bipolar) () deficiência auditiva () deficiência física () deficiência mental () deficiência visual () surdocegueira (deficiência auditiva e visual) () deficiência múltipla (associação de duas ou mais)
COM RELAÇÃO AO TRABALHO	() Não realiza nenhuma atividade remunerada () Trabalhador com carteira assinada () Trabalhador sem carteira assinada () Servidor público concursado () Em contrato temporário () Autônomo/prestador de serviços ou proprietário de empresa () Trabalhador rural

_____, _____ de _____ de 20_____
(cidade)

Assinatura do Requerente ou Responsável

Assinatura do Servidor

	DIRETORIA DE ENSINO
	COORDENAÇÃO DE CONTROLE ACADÊMICO
COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA	

NOME DO CURSO:		
TURNO:	SÉRIE/MÓDULO/PERÍODO:	ANO LETIVO:
NOME DO ALUNO:		

DATA: ____/____/____

Assinatura do Servidor: _____