

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):	PROFISSÃO:	
ENDEREÇO:		Nº/COMPLEMENTO (BLOCO, CONDOMÍNIO, Nº AP):	
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
TELEFONE 1:	TELEFONE 2:	E-MAIL:	
NOME DA MÃE:		CPF	
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL:		CPF	
ALUNO EMANCIPADO: ( ) SIM ( ) NÃO		Anexar documento que comprova emancipação	

DADOS SOCIOECONÔMICOS	
COR/RAÇA	( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
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 Renda familiar: _____ Nº de dependentes da renda: _____
NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS	( ) não ( ) <b>altas habilidades/superdotação</b> ( ) <b>condutas típicas</b> (déficit de atenção, hiperatividade, esquizofrenia, transtorno bipolar) ( ) <b>deficiência auditiva</b> ( ) <b>deficiência física</b> ( ) <b>deficiência mental</b> ( ) <b>deficiência múltipla</b> (associação de duas ou mais) ( ) <b>deficiência visual</b> ( ) <b>surdocegueira</b> (deficiência auditiva e visual) ( ) <b>transtorno global de desenvolvimento</b>
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 DEPARTAMENTO DE CONTROLE ACADÊMICO COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA	
NOME DO CURSO:	
TURNO:	SÉRIE/MÓDULO/PERÍODO:
ANO LETIVO:	
NOME DO ALUNO:	

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Servidor: \_\_\_\_\_