

ANEXO II - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo
Campus Vitória

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos dos Cursos Técnicos: **(Preencher sem abreviaturas com os dados do aluno)**

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|-------|
| Eu: | | Sexo: () M () F | |
| Nome Social: | | | |
| Nacionalidade: | Naturalidade: | Data de Nasc.: ___ / ___ / ____ | |
| Estado Civil: | Tipo Sanguíneo: | N.º de filhos: | |
| Etnia: () Branca () Amarela () Parda () Indígena () Preta | | CPF: | |
| Endereço: | | | Nº: |
| Bairro: | Complemento: | CEP: | |
| Cidade: | Estado: | Procedência: () Urbana () Rural | |
| Telefone fixo: | Telefone comercial: | Celular: | |
| E-mail: | | | |
| Renda per capita familiar (renda total da família dividida pelo nº de pessoas dessa família) em salários mínimos: () RFP<=0,5 () 0,5<RFP<=1 () 1<RFP<=1,5 () 1,5<RFP<=2,5 () 2,5<RFP<=3,5 () RFP>3,5 | | | |
| Com quem reside: () Pais () Pai () Mãe () Cônjuge () Outros. Especificar: | | | |
| Profissão: | | Grau de Instrução: | |
| Necessidades específicas: () Sim () Não | Qual (is): Pessoa com deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Intelectual () Altas Habilidades/Superdotação () Transtorno Global do Desenvolvimento (transtornos de espectro autista, psicoses infantis, Síndromes de Asperger, de Kanner ,de Rett) | | |
| Nome do Pai: | | Tel.: | |
| Nome da Mãe: | | Tel.: | |
| E-mail do pai: | | E-mail da mãe: | |
| Responsável pelo aluno: | | CPF: | |
| Grau de parentesco: | | E-mail do responsável: | |
| Venho requerer matrícula para o Curso: | | | Turno |
| Assinale o tipo de vaga concorrida: () Ampla concorrência (sem reserva de vaga) () Ação Afirmativa 1: PPI CD () SD () () Ação Afirmativa 1:OE CD () SD () () Ação Afirmativa 2: PPI CD () SD () () Ação Afirmativa 2: OE CD () SD () | | | |

A confirmação de matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória prevista no Edital

Vitória – ES, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) aluno(a), se maior, ou responsável

Servidor(a) responsável pelo atendimento

| | |
|---|---|
| | COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – PS _____ / _____ A confirmação de matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória prevista no Edital |
| Nome do(a) aluno(a): | |
| Curso: | Turno: |
| Modalidade: () Concomitante () Subsequente () Integrado regular () Integrado Proeja | Início das aulas: / / |
| Data do requerimento: / / | Atendido(a) por: |