MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Curso: _____ **Ano:** _____

DADOS DO ALUNO

Nome: _____

CPF: _____ **RG:** _____ **Telefone:** _____

Cor/Raça: ☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Pardo ☐ Preto ☐ Não declarado

Possui deficiência: ☐ Não ☐ Sim, Qual? _____

Realizava Atendimento Educacional Especializado (AEE)? ☐ Sim ☐ Não

Faixa de renda familiar por pessoa:

☐ Menor que R$ 660,00
☐ Entre R$ 660,01 e R$ 1.320,00
☐ Entre R$ 1.320,01 e R$ 1.980,00
☐ Entre R$ 1.980,01 e R$ 3.300,00
☐ Entre R$ 3.300,01 e R$ 4.620,00
☐ Maior que R$ 4.620,01
☐ Não declarada

Número de pessoas na familia: _____

Rua: _____ **Número:** _____

Cidade: _____ **Bairro:** _____ **CEP:** _____

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____

CPF: _____ **E-mail:** _____

Data Nascimento: _____ **Profissão:** _____

Telefone: _____

Parentesco: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tio(a) ☐ Avô(ó)

☐ Outro, Qual? _____

Escolaridade:

☐ Analfabeto
☐ Ensino Fundamenta
☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior
☐ Especialização
☐ Mestrado
☐ Doutorado

Estou ciente que ao enviar esse documento:

- Autorizo Instituto Federal Farroupilha, pessoa jurídica de direito público, o uso de imagem e voz do aluno, em decorrência de atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Autorizo o aluno a participar de viagens de estudo
- O aluno terá a matrícula cancelada automaticamente caso não frequente, sem justificativa os 5 (cinco) primeiros dias consecutivos de aula

_____/_____/_____ _____
Assinatura do responsável