



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 declarada

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\$ 1.980,01 e R\$ 3.300,00	☐ Não declarada
☐ Entre R\$ 660,01 e R\$ 1.320,00	☐ Entre R\$ 3.300,01 e R\$ 4.620,00	Número de pessoas na família:
☐ Entre R\$ 1.320,01 e R\$ 1.980,00	☐ Maior que R\$ 4.620,01	

Rua: Número:

Cidade: Bairro: CEP:

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

CPF: E-mail:

Data Nascimento: Profissão:

Telefone: Escolaridade: ☐ Ensino Superior

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

☐ Outro, Qual? ☐ Ensino Fundamental ☐ Mestrado

☐ Ensino Médio ☐ 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