



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo

ANEXO 1 - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA
(Preencher sem abreviaturas com os dados do estudante)

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Nome civil: | | CPF: |
| Venho requerer matrícula para o Curso: | | – Turno: |
| Nome social: | | Data de Nasc.: ___/___/____ |
| Endereço: | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | CEP: | Procedência: () Urbana () Rural |
| Cidade: | Estado: | Sexo: () M () F |
| Etnia: () Branca () Amarela () Parda () Indígena () Preta () Outra: | | |
| Número pessoas que residem na mesma casa, incluindo o estudante: | Com quem reside: () Pais () Pai () Mãe () Cônjuge () Outros. Especificar: | |
| Nacionalidade (país que nasceu): | Estado Civil: | Nº de filhos: |
| Tipo Sanguíneo: | Naturalidade (cidade que nasceu): | |
| Celular do estudante: | Celular emergência: | |
| Ano de conclusão do ensino médio: | Profissão (se trabalhar): | |
| Indique qual a faixa da renda familiar per capita (renda total da família dividida pelo número de pessoas dessa família): () 0<RFP<=0,5 () 0,5<RFP<=1 () 1,0<RFP<=1,5 () 1,5<RFP<=2,5 () 2,5<RFP<=3,5 () RFP>3,5 | | |
| E-mail | | |
| | | |
| Necessidades específicas: () Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular* () Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição* () Transtornos Globais do Desenvolvimento* () Deficiência Física () Deficiência Intelectual () Deficiência Múltipla () Altas habilidades/ Superdotação. *Especificar: | | |
| Tipo de vaga: LB_PPI() LB_Q() LB_PCD() LB_EP() LI_PPI() LI_Q() LI_PCD() LI_EP() AC() | | |
| Nome do Pai: | | Nome da Mãe: |
| Responsável pelo estudante (se menor): | | |

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no item 3 da Orientação para matrícula do Edital PS 58/2024.

_____ de _____ de _____
Local e data

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