

# 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 dessafamília):( ) 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