



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA - PROTOCOLO Nº _____

Ao Sr.(a) Diretor(a):

Campus: _____ Polo: _____

Curso: _____

Turno: _____

Vaga*: () C1 () C2 () C3 () C4 () C5 () C6 () C7 () C8 () AC () AAL () _____

Foto

*Candidato, assinale a vaga que consta na frente de seu nome no edital de chamada para matrícula. Se o seu edital não teve cota, deixar em branco.

DADOS DO CANDIDATO

Nome completo: _____

Nome social: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: () Masculino () Feminino

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

Doc. identidade: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Data: ____/____/____

Estado Civil: () casado () divorciado () separado () união estável () viúvo () solteiro

Raça/cor: () amarela () branca () indígena () parda () preta

Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduação () Outro: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Complemento: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Fixo: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Emancipado judicialmente: () Sim () Não

DADOS DO RESPONSÁVEL (obrigatório para candidatas menores de 18 anos)

Nome completo: _____

Doc. Identidade: _____ Orgão Expedidor/UF: _____ Data: ____/____/____

CPF: _____

Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Outros: _____

Telefone Fixo: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

DECLARAÇÃO (somente para Ensino Superior)

Eu, _____,
declaro que, no ato desta matrícula, não possuo vínculo com outra Instituição de Ensino Superior, na condição de aluno, respeitando o disposto na Lei nº 12.089, de 11 de novembro de 2009, que proíbe que uma mesma pessoa ocupe duas vagas simultaneamente em instituições públicas de ensino superior.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO CANDIDATO

Possui alguma deficiência? () Não () Sim

Qual?() Visual () Auditiva () Física () Intelectual () Transtorno global do desenvolvimento
() Altas habilidades/superdotação () Outras. Especifique: _____

Em caso de surdez, domina a Língua Brasileira de Sinais - Libras? () Não () Sim

Possui necessidades educacionais específicas (uso de tecnologias assistivas/recursos/ ferramentas)
para sua aprendizagem?
() Não () Sim. Especifique: _____

Atualmente, você recebe algum acompanhamento de saúde?
() Não () Sim. Qual: _____

Utiliza algum medicamento de uso contínuo?
() Não () Sim. Qual: _____

AUTORIZAÇÃO DO USO DA IMAGEM

() Autorizo () Não autorizo

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul (IFMS) a divulgar imagens, fotos, depoimentos, trabalhos pedagógicos realizados pelo(a) estudante identificado neste requerimento, nos meios de comunicação (jornais, revistas, rádio, TV, internet e outros).

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato

Assinatura do responsável
(obrigatório para candidatos menores de 18 anos)

USO EXCLUSIVO DO IFMS

A matrícula foi: () Deferida () Indeferida

Observação(ões): _____

SERVIDOR: _____ SIAPE: _____