



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\$ 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