

CENTRO DE INCLUSÃO DIGITAL - CID

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS COM LETRA DE FORMA!

LOCALIDADE: _____

MATRÍCULA NO CURSO:

DADOS PESSOAIS

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ SEXO ____

NOME DA MÃE _____

TELEFONE 1 _____ TELEFONE 2 _____

E-MAIL _____

ESCOLARIDADE _____

ENDEREÇO _____ N° _____

COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____

CIDADE _____ CEP _____ ESTADO _____

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADES

DECLARO QUE (OU QUE ESTOU CIENTE DE QUE):

1. Tenho disponibilidade para participar das aulas no período e horário do curso;
2. Cumprirei com as normas regimentais do IFCE.
3. Será dado certificado a quem ao fim do curso obter **nota igual ou superior a 6,0 (sete)** e frequência igual ou superior a **75% das aulas** ministradas.

Limoeiro do Norte/CE, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA DO ALUNO(SE MAIOR) OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PROFESSOR DO CURSO