



INSTITUTO FEDERAL

Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

FICHA DE MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS

CAMPUS

CURSO / MODALIDADE

DATA DA MATRÍCULA

FORMA DE INGRESSO

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

AMPLA CONCORRÊNCIA

COTA

FOTO

3 x 4

DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME SOCIAL:

NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

BAIRRO:

CEP:

SEXO: M F

E-MAIL:

TELEFONE COMERCIAL:

TELEFONE RESIDENCIAL:

TELEFONE CELULAR:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

No. DE FILHOS:

PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

RAÇA/COR:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO FUNDAMENTAL

ANO DE CONCLUSÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO

ANO DE CONCLUSÃO:

NECESSIDADE ESPECIAL:

FÍSICA VISUAL AUDITIVA MENTAL MÚLTIPLA SUPERDOTAÇÃO CONDUTAS TÍPICAS OUTRAS

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM:

PÚBLICA PRIVADA

DOCUMENTAÇÃO

CPF:

No. CIA:

No. IDENTIDADE

ESTADO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA

No. TÍTULO ELEITORAL

ZONA ELEITORAL

SEÇÃO ELEITORAL

DATA

No. RESERVISTA

REGIÃO MILITAR

C.S.M.

ESTADO

ANO

DADOS DA FAMÍLIA

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI

GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE

ESTADO CIVIL DOS PAIS

PAI FALECIDO

MÃE FALECIDA

ENDEREÇO

No.

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-mail DOS PAIS

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE CELULAR:

RENDA FAMILIAR PER CAPITA

RPC <= 0,5 SM

1 SM < RPC <= 1,5 SM

2,5 SM < RPC <= 3 SM

Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA

COM QUEM RESIDE

0,5 SM < RPC <= 1 SM

1,5 SM < RPC <= 2,5 SM

RPC > 3 SM

* SM : Salário Mínimo

* RPC : Renda Per Capta

CPF DO RESPONSÁVEL (Se o candidato for menor de idade)

ASSINATURA DO ALUNO

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO FEDERAL

Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA
COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA

SEMESTRE _____ ANO _____

NOME DO ALUNO _____

CURSO _____ SEMESTRE _____ ANO _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (CCA/IFCE)

A CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA deverá ser realizada, impreterivelmente, no decorrer da primeira semana de aula, com previsão de início em ____ / ____ / ____

OUTRAS INFORMAÇÕES

APRESENTA ALGUMA CONDIÇÃO MÉDICA QUE QUEIRA EXPLICITAR? ESPECIFIQUE

NÃO

SIM

FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUM MEDICAMENTO?

NÃO

SIM

ESPECIFICAR

POSSUI ALGUMA NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECÍFICA?

NÃO

SIM

Obs.: Necessidades educacionais específicas: são as deficiências, os transtornos globais de desenvolvimento, as altas habilidades ou superdotação.

CASO SEJA SIM, ESPECIFIQUE:

ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO - TEA

SURDOCEGUEIRA Paracuru,

AUDITIVA

INTELLECTUAL

MÚLTIPLA

FÍSICA

VISUAL

OUTRO(A)

ESPECIFIQUE

PRECISA DE ALGUM SERVIÇO QUE ATENDA A SUA NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIFICA?

NÃO

SIM

ESPECIFIQUE

QUESTÕES ÉTNICOS-RACIAIS

EM RELAÇÃO À SUA PRÓPRIA COR OU RAÇA, VOCÊ A DEFINE DE ACORDO COM TRAÇOS FÍSICOS (CABELO, BOCA, NARIZ, etc)

COR DA PELE

ORIGEM SOCIO ECONOMICA OU DE CLASSE SOCIAL

ORIGEM FAMILIAR,

OPÇÃO POLITICA/ IDEOLOGIA CA

ANTEPASSADOS
CULTURA, TRADIÇÃO

DENTRE AS SEGUINTE ALTERNATIVAS, VOCÊ SE RECONHECE OU SE DEFINE COMO DE COR OU RAÇA (Assinale quantas opções desejar)

AFRODESCENDENTE?

AMARELO?

INDIGENA?

ETNIA _____, LÍNGUA FALADA _____

ORIGEM GEOGRÁFICA FAMILIAR :

JAPONESA

CHINESA

COREANA

NEGRO?

BRANCO?

PARDO?

Paracuru, _____ de _____ 20____

Assinatura do aluno ou responsável

Assinatura do(a) servidor(a) da CCA/IFCE



DIRETORIA DE ENSINO/DIREN - COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA
Campus Paracuru

COMPROVANTE DE PRÉ- MATRÍCULA

ALUNO _____

CURSO _____ SEMESTRE _____ ANO _____

Paracuru, _____ de _____ 20____

Assinatura do(a) servidor(a) da CCA/IFCE