



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Campus Barra de São Francisco

ANEXO 2 - 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 Técnico:		Turno: Integral
<input type="checkbox"/> Administração Integrado ao Ensino Médio		<input type="checkbox"/> Agricultura Integrado ao Ensino Médio
Naturalidade (cidade que nasceu):		
Nacionalidade (país que nasceu):		Data de nascimento: __ / __ / ____
Nome social:		
Endereço:	Nº:	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Estado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Outra:		
Número pessoas que residem na mesma casa, incluindo o estudante:		Com quem reside: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
Procedência: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Estado Civil:	Nº de filhos:
Tipo Sanguíneo:		
Celular do estudante:		Celular emergência:
Grau de instrução:		Profissão:
Indique qual a faixa da renda familiar per capita (renda total da família dividida pelo número de pessoas dessa família): <input type="checkbox"/> 0<RFP<=0,5 <input type="checkbox"/> 0,5<RFP<=1 <input type="checkbox"/> 1,0<RFP<=1,5 <input type="checkbox"/> 1,5<RFP<=2,5 <input type="checkbox"/> 2,5<RFP<=3,5 <input type="checkbox"/> RFP>3,5		
E-mail		
Necessidades específicas: <input type="checkbox"/> Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular* <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição* <input type="checkbox"/> Transtornos Globais do Desenvolvimento* <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ Superdotação. *Especificar:		
Tipo de vaga concorrida: AA1 PPI(<input type="checkbox"/>) AA1 OE (<input type="checkbox"/>) AA2 PPI(<input type="checkbox"/>) AA2 OE (<input type="checkbox"/>) PcD(<input type="checkbox"/>) AC(<input type="checkbox"/>)		
Nome do Pai:		Tel.:
Profissão:		Grau de Instrução:
E-mail do pai:		
Nome da mãe:		Tel.:
Profissão:		Grau de Instrução:
E-mail da mãe:		
Responsável pelo(a) aluno(a):		Grau de parentesco:
Endereço, se diferente do estudante:		

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no item 3 da Chamada para matrícula do Edital PS 95/23.

Barra de São Francisco (ES), _____ de _____ de 2024.

Assinatura do estudante, se maior, ou responsável