

CAMPUS BARRA DE SÃO FRANCISCO

Rodovia ES, 320 - KM 118 - Zona Rural - Valão Fundo

Barra de São Francisco - ES / CEP: 29.800-000

COORDENADORIA DE REGISTROS ACADÊMICOS

**ANEXO 2 - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**À Coordenadoria de Registros Acadêmicos: **(Preencher sem abreviaturas com os dados do estudante)**

| **Nome civil:** | | | | | | CPF: | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Venho solicitar matrícula no curso Superior em Administração** | | | | | | Turno: Noturno | |
| **Nome social:** | | | | | | Data Nascimento.: \_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_\_\_ | |
| Endereço: | | | Nº: | | Complemento: | | |
| Bairro: | | CEP: | | | Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural | | |
| Cidade: | | | Estado: | | | | Sexo: ( ) M ( ) F |
| Etnia: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Preta ( ) Outra: | | | | | | | |
| Número pessoas que residem na mesma casa, incluindo o estudante: | | | | Com quem reside: ( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Cônjuge ( ) Outros. Especificar: | | | |
| Nacionalidade (país que nasceu): | | | Estado Civil: | | | | Nº de filhos: |
| Tipo Sanguíneo: | | | Naturalidade (cidade que nasceu): | | | | |
| Celular do estudante: | | | Celular emergência (**obrigatório):** | | | | |
| Grau de instrução: | | | Profissão: | | | | |
| Faixa da renda familiar per capita (renda total da família em salários mínimos dividida pelo nº de pessoas da família):  ( )0<RFP<=0,5 SM ( )0,5<RFP<=1 SM ( )1,0<RFP<=1,5 SM ( )1,5<RFP<=2,5 SM ( )2,5<RFP<=3,5 SM ( )RFP>3,5 SM  SM = Salário Mínimo | | | | | | | |
| | **E-mail** | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| Necessidades específicas: ( ) Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular\* ( ) Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição\* ( ) Transtornos Globais do Desenvolvimento\* ( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Intelectual ( )Deficiência Múltipla ( ) Altas habilidades/ Superdotação.  \*Especificar: | | | | | | | |
| Tipo de vaga: AA1PPI( ) AA1Q( ) AA1PCD( ) AA1EP( ) AA2PPI( ) AA2Q( ) AA2PcD( ) AA2 EP( ) AC( ) | | | | | | | |
| Nome do Pai: | | Tel.: | | | Profissão: | | |
| Grau da Instrução: | E-mail do pai: | | | | | | |
| Nome da Mãe: | | Tel.: | | | Profissão: | | |
| Grau da Instrução: | E-mail da mãe: | | | | | | |
| Responsável pelo estudante: Grau de parentesco: | | | | | | | |
| Endereço, se diferente do estudante: | | | | | | | |

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no item 2.0 da Chamada para matrícula do Edital PS 02/2025.

Local e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do estudante, se maior, ou responsável