



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS CONSELHEIRO LAFAIETE

Rua Pe Teófilo Reyn, nº 441 – São Dimas – Conselheiro Lafaiete/MG – CEP: 36.400-000 - (31) 3769-2591

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Ao Diretor Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, *Campus* Conselheiro Lafaiete. Venho respeitosamente, requerer junto a Vossa Senhoria a matrícula para o curso abaixo identificado, referente ao ano _____. Ademais, assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas e, para tanto, anexo a devida documentação comprobatória.

Curso:	Matrícula:
Modalidade de Ensino: <input checked="" type="checkbox"/> Presencial [...] Distância	Turno:
Aceito por: [.x..] Processo Seletivo [. .] Vestibular	[...] SISU
Nome completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____	
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Emissão: ____/____/____	
Profissão: _____ CPF: _____ Tipo sanguíneo: _____ RH: _____	
E-mail: _____ NIS: _____	
Estado civil: () Casado(a) () Desquitado(a) () Divorciado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Outro _____	
Tel.: Fixo: () _____ Cel.: () _____ Trab.: () _____	
Escolaridade: () Fundamental () Médio completo () Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto () Pós-graduação _____	
Escola em que concluiu o ensino básico (fundamental/médio): _____	
Ano de Conclusão: _____ Rede: () Municipal () Estadual () Federal () Particular	
Cidade: _____ UF: _____ Distrito: _____	
Já fez algum curso no IFMG? () Não () Sim. Qual? _____	
Religião: () Católica () Evangélica () Umbanda () Espírita () Outras	
Possui deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação: () Não () Sim. Qual? () Deficiência física () Cegueira () Autismo infantil () Deficiência múltipla () Baixa visão () Síndrome de Rett () Deficiência intelectual () Surdocegueira () Síndrome de Asperger () Deficiência auditiva () Surdez () Transtorno desintegrativo da infância () Altas habilidades/Superdotação () Outro(a) _____	
Necessita de atendimento especial? () Não () Sim. Qual? _____	
Alérgico(a): () Não () Sim. Observação: _____ Possui filhos? () Não () Sim. Quantos? ____	
Situação do(a) aluno(a) em relação ao trabalho: () Não trabalha () Trabalha meio expediente () Trabalho integral () Serviços eventuais () Parou de trabalhar para estudar	
Você se deslocará até a escola: () a pé () Ônibus/lotação () Carro () Motocicleta () Transporte oferecido pela prefeitura () Outros _____	

Filiação: Pai: _____ Data de Nascimento: __/__/__

Naturalidade do pai: _____ Estado: _____ Fones: _____

Situação do pai em relação ao trabalho: () Não trabalha () Aposentado () Autônomo () Funcionário público
() Aposentado, mas exerce atividade remunerada () Empresa privada

Mãe: _____ Data de Nascimento: __/__/__

Naturalidade da mãe: _____ Estado: _____ Fones: _____

Situação da mãe em relação ao trabalho: () Não trabalha () Aposentada () Autônoma () Funcionária pública
() Aposentada, mas exerce atividade remunerada () Empresa privada

Responsável legal: _____ Data de Nascimento: __/__/__

Naturalidade do responsável: _____ Estado: _____ Fones: _____

Situação do responsável em relação ao trabalho: () Não trabalha () Aposentado () Autônomo () Funcionário público
() Aposentado, mas exerce atividade remunerada () Empresa privada

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ - _____ E-mail: _____

Tel.: Fixo: () _____ Cel.: () _____ Trab.: () _____

Outras informações: _____

Data: Conselheiro Lafaiete, ____/____/____

Assinatura do candidato (por extenso)

Assinatura do responsável (por extenso)