



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS AVANÇADO 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* Avançado Conselheiro Lafaiete. Venho respeitosamente, requerer junto a Vossa Senhoria a matrícula para o curso acima identificado, referente ao 1º semestre letivo de 2019. 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 <input type="checkbox"/> Distância	Turno:
Aceito por: <input type="checkbox"/> Processo Seletivo <input type="checkbox"/> Vestibular	<input type="checkbox"/> SISU

Nome completo: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
RG: _____	Órgão Expedidor: _____
Emissão: ____/____/____	
Profissão: _____	Tipo sanguíneo: _____
RH: _____	
E-mail: _____	
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
() Deficiência múltipla	() Baixa visão
() Deficiência intelectual	() Surdocegueira
() Deficiência auditiva	() Surdez
() 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: _____

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: _____

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: _____

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

Endereço dos Pais ou Responsável (se o endereço for o mesmo do solicitante, não é necessário preencher):

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)