



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
IFMG - Campus Avançado Itabirito
LEI Nº 11.892, DE 29/12/2008, PUBLICADA NO DOU DE 30/12/2008, SEÇÃO I, PÁGS. I - 3
Rua José Benedito, 139. Santa Efigênia - Itabirito - MG - CEP: 35450-000
Tel.: (31)3561-1269.

SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA

Curso: Técnico em Automação Industrial Integrado ao Ensino Médio	Matrícula:
Modalidade de Ensino: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Distância	Turno: Integral
Aceito por: Exame de Seleção	

Venho, respeitosamente, requerer junto ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, *Campus* Avançado Itabirito, a matrícula para o curso acima identificado. Ademais, assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas e, para tanto, anexo a devida documentação comprobatória.

DADOS PESSOAIS

Nome:	Data de Nascimento:	
Faixa Etária: <input type="checkbox"/> Até 14 anos <input type="checkbox"/> de 15 a 17 anos <input type="checkbox"/> de 18 a 19 anos <input type="checkbox"/> de 20 a 24 anos <input type="checkbox"/> de 25 a 29 anos <input type="checkbox"/> de 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> de 40 a 49 anos <input type="checkbox"/> acima de 50 anos		
Nacionalidade:	Naturalidade:	UF:
Gênero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil:	Nº de filhos:	
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:
CPF:	Já fez algum curso no IFMG: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do pai:		Data de nascimento do pai:
Naturalidade do pai:		
Nome da mãe:		Data de nascimento da mãe:
Naturalidade da mãe:		
Nome do responsável:		Telefone:
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
Necessidades Educacionais Especiais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Surdo-cegueira <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Autismo		
<input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Altas habilidades / Superdotado <input type="checkbox"/> Baixa visão <input type="checkbox"/> Fala		
<input type="checkbox"/> Condutas típicas Especificar:		
<input type="checkbox"/> Outras Especificar:		
Necessita de Atendimentos Especiais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual?:		
Alérgico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tipo Sanguíneo:		
Endereço:	Nº:	Compl:
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Telefone:	Celular:
E-mail:		



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
IFMG - Campus Formiga
LEI Nº 11.892, DE 29/12/2008, PUBLICADA NO DOU DE 30/12/2008, SEÇÃO I, PÁGS. I – 3
Rua José Benedito, 139. Santa Efigênia - Itabirito - MG - CEP: 35450-000
Tel.: (31)3561-1269.

Itabirito, ____ de _____ 20__

Assinatura do(a) aluno(a) (Por extenso): _____ **RG:** _____

Assinatura do(a) Coordenador do RCAE: _____ **RG:** _____