



INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS
Diretoria de Educação a Distância
Setor de Registro Acadêmico

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Ilmo. Sr. Diretor de Educação a Distância do Instituto Federal de Alagoas,

| | | | |
|--|----------------------------|---|-----------------------|
| NOME DO ALUNO: | | | |
| CPF: | | | |
| CURSO: | | | |
| NOME DA MÃE: | | | |
| NOME DO PAI: | | | |
| SEXO: M () | F () | DATA DE NASC. | / / |
| EMANCIPADO: SIM () NÃO () | | | |
| CPF DO RESPONSÁVEL LEGAL: | | | |
| GRAU DE PARENTESCO: | | | |
| TRABALHA: SIM () NÃO: () | | | |
| NACIONALIDADE: | | NATURALIDADE: | UF: |
| ESTADO CIVIL: | | TIPO SANGUÍNEO: | |
| RAÇA: BRANCO() | PARDA() | PRETA() | AMARELA() OUTRAS () |
| COTISTA: () | | AMPLA CONCORRÊNCIA: () | |
| PPI – I: () | OE – I: () | PPI – II: () | OE – II: () |
| PcD: () PROFESSOR REDE PÚBLICA DE ENSINO: () | | | |
| VALOR RENDA FAMILIAR: | | Nº DE PESSOAS QUE RESIDEM NA CASA: | |
| FORMA DE INGRESSO NO IFAL: | | DATA DE INGRESSO: / / | |
| ESCOLA DE CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO: | | | |
| ESTADUAL () FEDERAL () MUNICIPAL () PRIVADA () OUTROS () | | | |
| ANO DE CONCLUSÃO () | | | |
| MEIO DE TRANSPORTE USADO: | | | |
| RG: | ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO: | DATA DA EXPEDIÇÃO: / / | |
| TÍTULO ELEITORAL : | | ZONA : | SESSÃO: |
| CERTIFICADO MILITAR: | | DATA DE EXPEDIÇÃO: / / | SÉRIE: |
| CATEGORIA: | | ÓRGÃO: | |
| Nº DO PASSAPORTE: | | | |
| CERTIDÃO DE NASC: () CERTIDÃO DE CASAMENTO: () DATA DE EMISSÃO: / / | | | |
| Nº TERMO: | FOLHA: | LIVRO: | UF: |
| CEP: | | ENDEREÇO: | |
| BAIRRO: | Nº: | MUNICÍPIO: | UF: |
| TELEFONE DO ALUNO () : | | | |
| EMAIL: | | | |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| TELEFONE DOS PAIS OU RESPONSÁVEL: | | |
| DADOS BANCÁRIOS/ AGENCIA : | CONTA: | POUPANÇA:() CORRENTE() |
| CAIXA ECONOMICA FEDERAL() | BANCO DO BRASIL() | OUTROS () |

| | | | | | |
|--|-----|--|----------------|----------------------------------|-----|
| POSSUI ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL: | | | SIM () | NÃO () | |
| QUAL: | | | | | |
| Deficiência auditiva: | () | Baixa visão: | () | Deficiência física: | () |
| Deficiência múltipla: | () | Deficiência intelectual: | () | Altas habilidades/ Superdotação: | () |
| Cegueira: | () | Surdez: | () | Autismo: | () |
| Síndrome de Asperger: | () | Transtorno Desintegrativo de Infância: | () | Surdocegueira: | () |
| Síndrome de Rett: | () | | | | |

Requer matrícula inicial no curso:

- () Bacharelado em Administração Pública a Distância
- () Licenciatura em Ciências Biológicas a Distância
- () Licenciatura em Letras-Português a distância

Ofertado pelo Sistema Universidade Aberta do Brasil no âmbito do IFAL, no polo _____.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, AL _____ de _____ de _____

Assinatura