



Ministério da Educação  
Instituto Federal do Espírito Santo  
Campus Cariacica

**ANEXO 2 - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**(Preencher sem abreviaturas com os dados do estudante)**

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

Nome civil: _____		CPF: _____
Venho requerer matrícula para o Curso: _____		Turno: Noturno
Nome social: _____		Data de Nasc.: _____
Endereço: _____	Nº: _____	Complemento: _____
Bairro: _____	CEP: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Área de residência: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Território Quilombola		
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta Outra: _____		
Número pessoas que residem na mesma casa, incluindo o estudante: _____	Com quem reside: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____	
Nacionalidade (país que nasceu): _____	Estado Civil: _____	Nº de filhos: _____
Tipo Sanguíneo: _____	Naturalidade (cidade que nasceu): _____	
Celular do estudante: _____	Celular emergência: _____	
Grau de instrução: _____	Profissão: _____	
Indique qual a faixa da renda familiar per capita em salários mínimos (renda total da família dividida pelo número de pessoas da família): <input type="checkbox"/> 0<RFP<=0,5 <input type="checkbox"/> 0,5<RFP<=1 <input type="checkbox"/> 1,0<RFP<=1,5 <input type="checkbox"/> 1,5<RFP<=2,5 <input type="checkbox"/> 2,5<RFP<=3,5 <input type="checkbox"/> RFP>3,5		
E-mail _____		
Necessidades específicas: <input type="checkbox"/> Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular* <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição* <input type="checkbox"/> Transtornos Globais do Desenvolvimento* <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ Superdotação. *Especificar: _____		
Vaga da classificação: AA1PPI <input type="checkbox"/> AA1Q <input type="checkbox"/> AA1PCD <input type="checkbox"/> AA1EP <input type="checkbox"/> AA2PPI <input type="checkbox"/> AA2Q <input type="checkbox"/> AA2PCD <input type="checkbox"/> AA2EP <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/>		
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 ao atendimento dos requisitos previstos no Edital do processo seletivo e na Chamada para Matrícula

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do estudante, se maior, ou do responsável legal  
Aceita assinatura digital gov.br