



INSTITUTO FEDERAL

Ceará

Campus Iguatu

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN

COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

FICHA DE PRÉ-MATRÍCULA

CURSO/FORMA DE OFERTA

FORMA DE INGRESSO

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

☐ AMPLA CONCORRÊNCIA ☐ COTA: _____

NOME

NOME SOCIAL (Para pessoas travestis e transexuais)

DATA DE NASCIMENTO

NATURALIDADE

ETNIA/COR

ESTADO CIVIL

N. FILHOS

PROFISSÃO

GRAU DE INSTRUÇÃO

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ÚLTIMO NÍVEL DE ENSINO

ANO DE CONCLUSÃO

NECESSIDADES ESPECÍFICAS

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|
| () Cegueira | () Deficiência auditiva | () Deficiência intelectual |
| () Baixa visão | () Surdez | () Altas habilidades/Superdotação |
| () Visão monocular | () Deficiência física | () Transtorno do Espectro Autista |
| () Surdo-cegueira | () Mobilidade reduzida | |
| () Deficiência múltipla: _____ | | |
| () Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) | | |
| () Transtorno Específico da Aprendizagem com prejuízo na leitura (dislexia) | | |
| () Transtorno Específico da Aprendizagem com prejuízo na escrita (disortografia) | | |
| () Transtorno Específico da Aprendizagem com prejuízo na matemática (discalculia) | | |
| () Outro _____ | | |

ENDEREÇO COMPLETO (logradouro, número, bairro, cidade, cep)

E-MAIL

TELEFONES



SEXO	IDENTIDADE DE GÊNERO
() Masculino	() CISGÊNERO (se indentifica com o gênero biológico)
() Feminino	() TRANSGÊNERO (não se indentifica com o gênero biológico)
	() TRAVESTI (identidade política)
	() NÃO BINÁRIA (não se reconhece pertencente a um gênero)
	() OUTRA _____

CPF	RG	TÍTULO ELEITORAL
RESERVISTA	ESTADO	ZONA
ESTADO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	SEÇÃO
ANO DA EMISSÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE EMISSÃO

NOME DO PAI	NOME DA MÃE
GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI	GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE
ESTADO CIVIL DOS PAIS	() Pai falecido () Mãe falecida
ENDEREÇO COMPLETO (logradouro, número, bairro, cidade, cep)	

E-MAIL DOS PAIS		TELEFONES DOS PAIS	
RENDIA FAMILIAR	N. FAMILIARES	TEM B. FAMÍLIA?	COM QUEM RESIDE?
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL	CPF	PARENTESCO	

DATA	ASSINATURA DO ALUNO	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
------	---------------------	---------------------------

COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA

NOME DO ALUNO _____

CURSO/MODALIDADE _____

SEMESTRE LETIVO _____ ANO _____

INÍCIO DAS AULAS _____ DATA DA MATRÍCULA _____