



INSTITUTO FEDERAL  
Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN  
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

# FICHA DE PRÉ-MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS

ANEXO II

CAMPUS

CURSO / MODALIDADE

FORMA DE INGRESSO

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

☐ AMPLA CONCORRÊNCIA ☐ COTA

## DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME SOCIAL:

NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

BAIRRO:

CEP:

SEXO: E-MAIL:

TELEFONE COMERCIAL:

TELEFONE RESIDENCIAL:

TELEFONE CELULAR:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

No. DE FILHOS: PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

RAÇA/COR:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO FUNDAMENTAL

ANO DE CONCLUSÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO

ANO DE CONCLUSÃO:

NECESSIDADE ESPECIAL:

☐ FÍSICA ☐ VISUAL ☐ AUDITIVA ☐ MENTAL ☐ MÚLTIPLA ☐ SUPERDOTAÇÃO ☐ CONDUTAS TÍPICAS ☐ OUTRAS

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM:

☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA

## DOCUMENTAÇÃO

CPF:

No. CIA:

No. IDENTIDADE

ESTADO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA

No. TÍTULO ELEITORAL

ZONA ELEITORAL

SEÇÃO ELEITORAL

DATA

No. RESERVISTA

REGIÃO MILITAR

C.S.M.

ESTADO

ANO

## DADOS DA FAMÍLIA

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

No.

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-mail DOS PAIS

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE CELULAR:

RENDFA FAMILIAR PER CAPITA

☐ RPC <= 0,5 SM

☐ 1 SM < RPC <= 1,5 SM

☐ 2,5 SM < RPC <= 3 SM

Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA

COM QUEM RESIDE

☐ 0,5 SM < RPC <= 1 SM

☐ 1,5 SM < RPC <= 2,5 SM

☐ RPC > 3 SM

\* SM : Salário Mínimo

\* RPC : Renda Per Capta

/ /

ASSINATURA DO ALUNO

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO FEDERAL  
Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN  
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA  
**COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA**

SEMESTRE \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

NOME DO ALUNO \_\_\_\_\_

/ /  
DATA DA MATRÍCULA

CURSO / MODALIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (CCA/IFCE)

A CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA deverá ser realizada, impreterivelmente, no decorrer da primeira semana de aula, com previsão de início em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OUTRAS INFORMAÇÕES

1. Apresenta alguma condição médica que queira explicitar?

☐ Não ☐ Não sei informar ☐ Prefiro não informar ☐ Sim

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_
2. Faz uso contínuo de algum medicamento?

☐ Não ☐ Não sei informar ☐ Prefiro não informar ☐ Sim

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_
3. Possui alguma necessidade educacional específica?

☐ Não ☐ Não sei informar ☐ Prefiro não informar ☐ Sim

3.1. Se sim, qual?

☐ Altas habilidades/Superdotação

☐ Transtorno do Espectro Autista – TEA

☐ Auditiva

☐ Intelectual

☐ Múltipla

☐ Física

☐ Visual

☐ Outro(a). Especifique \_\_\_\_\_

3.2. Precisa de algum serviço que atenda a sua necessidade educacional específica (se for o caso)?

☐ Não ☐ Não sei informar ☐ Prefiro não informar ☐ Sim

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_
4. Existe alguma informação que você considera importante que a instituição saiba para contribuir com sua inclusão, acessibilidade, permanência e aprendizagem?

☐ Não ☐ Não sei informar ☐ Prefiro não informar ☐ Sim

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_