

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA	
Foto recente (deixe este campo vazio)	Edital Unificado de Transferência Cursos Técnicos - N.º 600, de 08 de novembro de 2023 Matrícula:
	<input type="checkbox"/> Reopção de curso <input type="checkbox"/> Transferência Interna <input type="checkbox"/> Transferência Externa <input type="checkbox"/> Portador de Diploma <input type="checkbox"/> Reingresso
	Curso:
	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo - Câmpus Itaquaquecetuba

IDENTIFICAÇÃO

Nome (completo e sem abreviações):	
Mãe:	CPF:
Pai:	CPF:
Responsável legal (Quando não são os pais):	CPF:
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Nacionalidade:	
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Prefiro não declarar	
Se imigrante, você está em situação de refugiado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quanto tempo está no Brasil?	É filho de imigrantes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Renda bruta familiar mensal média: R\$	Número de moradores na casa:

DOCUMENTAÇÃO

Identificação: <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RNE	Número:	Data de expedição: ____ / ____ / ____
Órgão Emissor/UF:	Naturalidade:	Estado Civil:
		Carteira Reservista:

Caso o candidato não apresente o s comprovantes de regularidade do CPF e Certidão de quitação eleitoral, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta *online* na base de dados do órgão ou entidade responsável pelo documento, conforme art. 2º do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Não sendo possível a emissão do documento, o candidato fará declaração nos termos do § 2º do art. 3º da Lei 13.726, de 8 de outubro de 2018 para posterior consulta pela instituição.

CPF nº:		Título: nº		UF:
<input type="checkbox"/> Comprovante apresentado.	<input type="checkbox"/> CPF NÃO regular na data da matrícula.	<input type="checkbox"/> Comprovante apresentado.	<input type="checkbox"/> Não tem Título de Eleitor	
<input type="checkbox"/> CPF regular na data de ____ / ____ / ____.		<input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ quite com a justiça eleitoral na data da matrícula.	<input type="checkbox"/> ESTÁ quite com a justiça eleitoral em ____ / ____ / ____.	
_____		_____		
Assinatura		Assinatura		

ENDEREÇO E CONTATO

Endereço:				
Complemento:		Bairro:		Nº
CEP:		Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Cidade:	Estado:
Celular 1: ()		Celular 2: ()	Telefone: ()	
E-mail do estudante:				
E-mail dos pais ou responsável legal:				
Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: () _____ Celular 2: () _____				

SAÚDE

Possui convênio médico? () Não () Sim Qual?

Número da Carteirinha do Convênio:

Validade: ____ / ____ / ____

Número do Cartão do SUS:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

Tipagem sanguínea:

Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:

<input type="checkbox"/> Doença Renal (ou pedra nos rins)	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Hemofilia (ou dificuldade de	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enxaqueca
<input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Perda da consciência	<input type="checkbox"/> Bronquite	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Sangramento no nariz	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Gastrite	
<input type="checkbox"/> Outras: _____			
<input type="checkbox"/> Alergia: A que? _____			

No caso de estar **em tratamento** para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:

Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?

Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: () _____
_____ tel.: () _____

Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?

Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?

() Não () Sim. Qual?

Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.

<input type="checkbox"/> Auxílio Ledor	<input type="checkbox"/> Leitura Labial	<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Guia Intérprete
<input type="checkbox"/> Auxílio Transcrição	<input type="checkbox"/> Prova em Braille	<input type="checkbox"/> Outro	

DADOS DO CENSO

Utiliza transporte público gratuito?

() Não | () Sim: () Municipal () Estadual

Tipo de veículo:

É transporte destinado exclusivamente para estudantes? () Sim () Não

ESCOLARIDADE – Ensino Fundamental

Ano de Conclusão:

Escola:

Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:

() ENCCEJA () Outro (Descrever) _____

ESCOLARIDADE – Ensino Médio

Ano de Conclusão:

Escola:

Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:

() ENEM () ENCCEJA () Outro (Descrever) _____

ACESSO À INTERNET

Possui computador (desktop, notebook, netbook) na residência?

Sim, de uso individual | Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência | Não

Possui celular?

Sim, de uso individual | Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência | Não

Possui tablet?

Sim, de uso individual | Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência | Não

Possui conexão à internet na residência?

Sim | Não

Possui plano de internet móvel (3G / 4G) no celular ou tablet?

Sim | Não

DECLARAÇÕES GERAIS

1. DECLARO ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.

- os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;
- as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus;
- o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado;
- o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu.
- em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.

2. DECLARO estar ciente e de acordo com o artigo 185, da Organização Didática do IFSP (Resolução CONSUP/IFSP nº 62/2018), que dispõe: “[...] **O cancelamento de matrícula compulsório deverá ser feito por iniciativa da instituição por [...] não comparecimento nos dez (10) primeiros dias letivos (quando ingressante) [...]**”.

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus Itaquaquecetuba, sediado na Rua Primeiro de Maio, n. 500, Bairro Estação, Itaquaquecetuba/SP, poderá divulgar, utilizar e dispor na íntegra ou em partes, para todos os fins cabíveis, inclusive para fins institucionais, educativos, informativos, técnicos e culturais, o meu nome, minha imagem (fotografia e vídeo) e som de voz, sem que isso implique em ônus para esta instituição.

Autorizo

Não autorizo

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer ao Sr. Direto-Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus Itaquaquecetuba, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

_____, _____ de _____ de 2024

Assinatura do aluno/Responsável

*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.