



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CAMPUS GUARAPARI

Foto 3x4

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA - (Preencher sem abreviaturas com letra de forma)**  
À Diretoria de Pesquisa, Pós-graduação e Extensão:

Eu:			Data de Nasc.:		
Endereço:		Nº:	Complemento:		
Bairro:	CEP:		Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural		
Cidade:		Estado:	Sexo: M ( )		F ( )
Etnia: ( ) Branca	( ) Amarela	( ) Parda	( ) Indígena	( ) Preta	( ) Outra:
E-mail (letra de forma):					
Telefone fixo:		Celular:	Nacionalidade:		Estado Civil:
RG:			CPF:		
Profissão:		Tipo Sanguíneo:	Naturalidade:		
Grau de Instrução:					
Necessidades especiais: Sim ( )		Não ( )	Qual (is):		
Nome do Pai:			Tel.:		Profissão:
Grau de Instrução:			E-mail do pai:		
Nome da Mãe:			Tel.:		Profissão:
Grau de Instrução:			E-mail da mãe:		
Número de pessoas que residem com o(a) aluno(a) (excluindo o aluno):			Com quem reside: Pais ( )		Pai ( ) Mãe ( ) Cônjuge ( )
Outros / Especificar:			Renda Familiar Bruta (salários): R\$		
Responsável pelo aluno:			Grau de parentesco:		
Endereço, se diferente do requerente: :		Nº:	Complemento:		
Bairro:	CEP:		Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural		
Cidade:	Estado:		Tel.:		
Beneficiário do Programa Bolsa Família. Sim ( ) Não ( )					
Venho requerer matrícula no Curso de Extensão: <b>Ensino de Astronomia para alunos do Ensino Fundamental</b>					Turno: <b>Integral</b>

Guarapari – ES, \_\_\_\_\_ de julho de 2018.

Assinatura do (a) aluno (a) ou responsável legal

Assinatura do (a) responsável pelo atendimento

**COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

Nome do(a) requerente(a)	
Curso de extensão:	Data do requerimento: ...../...../2018
Telefone para contato: 3261-9981	Atendido(a) por: