



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

| | |
|----------------------|----------------------|
| CURSO: | ANO: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DADOS DO ALUNO

NOME:

RG (Registro Geral)

CPF (Cadastro de Pessoa Física)

COR/RAÇA

☐ Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Indígena ☐ Amarelo

FAIXA DE RENDA FAMILIAR

- ☐ 0<RFP? 0,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$0,00 a R\$606,00 por pessoa) ☐ 2,5<RFP? 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$3.030,01 a R\$4.242,00 por pessoa)
- ☐ 0,5<RFP?1 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$606,01 a R\$1.212,00 por pessoa) ☐ RFP>3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (maior que R\$4.242,01 por pessoa)
- ☐ 1<RFP?1,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 1.212,01 a R\$1.818,00 por pessoa) ☐ NÃO DECLARADA
- ☐ 1,5<RFP?2,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$1.818,01 a R\$3.030,00 por pessoa) Número de dependentes da renda:

ENDEREÇO

RUA

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| NÚMERO | BAIRRO | CIDADE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DADOS DO RESPONSÁVEL
(SOMENTE PREENCHER CANDIDATOS MENORES DE 18 ANOS DE IDADE)

NOME

CPF (Cadastro de Pessoa Física)

GRAU DE PARENTESCO

- ☐ Mãe ☐ Tio(a)
- ☐ Pai ☐ Avô(ó)
- ☐ Outro, Qual?

DATA DE NASCIMENTO

E-MAIL

ESCOLARIDADE

- ☐ Analfabeto ☐ Especialização
- ☐ Ensino Fundamental ☐ Mestrado
- ☐ Ensino Médio ☐ Doutorado
- ☐ Ensino Superior

PROFISSÃO

TELEFONE

Estou ciente que ao assinar e enviar esse documento:

- Autorizo Instituto Federal Farroupilha, pessoa jurídica de direito público, o uso de imagem e voz do aluno, em decorrência de atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Autorizo o aluno a participar de viagens de estudo
- O aluno terá a matrícula cancelada automaticamente caso não frequente, sem justificativa os 5 (cinco) primeiros dias consecutivos de aula

_____/_____/_____
Assinatura do responsável