



INSTITUTO FEDERAL

Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN  
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

# FICHA DE MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS

CAMPUS

CURSO / MODALIDADE

DATA DA MATRÍCULA

FORMA DE INGRESSO

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

AMPLA CONCORRÊNCIA

COTA

FOTO

3 x 4

## DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME SOCIAL:

NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

BAIRRO:

CEP:

SEXO:  M  F

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:

RENDA 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

CPF DO RESPONSÁVEL (Se o candidato for menor de idade)

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 \_\_\_\_\_

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

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

APRESENTA ALGUMA CONDIÇÃO MÉDICA QUE QUEIRA EXPLICITAR? ESPECIFIQUE

NÃO

SIM

FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUM MEDICAMENTO?

NÃO

SIM

ESPECIFICAR

POSSUI ALGUMA NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECÍFICA?

NÃO

SIM

**Obs.:** Necessidades educacionais específicas: são as deficiências, os transtornos globais de desenvolvimento, as altas habilidades ou superdotação.

CASO SEJA SIM, ESPECIFIQUE:

ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO

AUDITIVA

FÍSICA

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO - TEA

INTELLECTUAL

VISUAL

SURDOCEGUEIRA

MÚLTIPLA

OUTRO(A)

ESPECIFIQUE

PRECISA DE ALGUM SERVIÇO QUE ATENDA A SUA NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIFICA?

NÃO

SIM

ESPECIFIQUE

## QUESTÕES ÉTNICOS-RACIAIS

EM RELAÇÃO À SUA PRÓPRIA COR OU RAÇA, VOCÊ A DEFINE DE ACORDO COM TRAÇOS FÍSICOS (CABELO, BOCA, NARIZ, etc)

COR DA PELE

ORIGEM SOCIO ECONOMICA OU DE CLASSE SOCIAL

ORIGEM FAMILIAR,

OPÇÃO POLITICA/ IDEOLOGIA CA

ANTEPASSADOS  
CULTURA, TRADIÇÃO

DENTRE AS SEGUINTE ALTERNATIVAS, VOCÊ SE RECONHECE OU SE DEFINE COMO DE COR OU RAÇA (Assinale quantas opções desejar)

AFRODESCENDENTE?

NÃO

SIM

AMARELO?

NÃO

SIM

INDIGENA?

NÃO

SIM

ETNIA \_\_\_\_\_, LÍNGUA FALADA \_\_\_\_\_

ORIGEM GEOGRÁFICA FAMILIAR :

JAPONESA

CHINESA

COREANA

NEGRO?

NÃO

SIM

BRANCO?

NÃO

SIM

PARDO?

NÃO

SIM

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura do aluno ou responsável

Assinatura do(a) servidor(a) da CCA/IFCE



DIRETORIA DE ENSINO/DIREN - COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA  
Campus Fortaleza

## COMPROVANTE DE PRÉ- MATRÍCULA

ALUNO \_\_\_\_\_

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

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura do(a) servidor(a) da CCA/IFCE