FICHA DE RENOVAÇÃO DE MATRÍCULA

CURSOS INTEGRADOS AO ENSINO MÉDIO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** | | | | | | | | | | | |
| CURSO: | | | | | | | | | ANO LETIVO: | | |
| NOME: | | | | | | | | | MATRÍCULA: | | |
| NECESSIDADES ESPECIAIS: NÃO SIM | | |  | | | | | | DATA DE NASC: / / | | |
| Nº RG. | ÓRGÃO  EXPEDIDOR /UF | | | | DATA DE  EXPEDIÇÃO / / | | | | | CPF: | |
| TEL. RESIDENCIAL: | | | | TEL. CELULAR: | | | | E-MAIL: | | | |
| ENDEREÇO COMPLETO: | | | | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | CIDADE: | | | | | ESTADO: | | | | CEP: |
| RESP. PELO ALUNO  (SE MENOR DE IDADE) | | | | | | PARENTESCO: | | | TELEFONE DO  RESPONSÁVEL | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OUTROS DADOS** | | |
| FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA? NÃO SIM QUAL? PARA QUÊ? | | |
|  | | |
|  | | |
| ALERGIA? NÃO SIM A QUE? | CARDIOPATA: NÃO SIM | HIPERTENSO: NÃO SIM |
| ALGUM TIPO DE TRATAMENTO ESPECÍFICO? NÃO SIM QUAL? | | |

|  |
| --- |
| **PARA USO DO IFPB** |

Guarabira (PB), \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS (SE MENOR)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DA COORDENAÇÃO DO CURSO