



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA - CAMPUS CABEDELO**

ANEXO I
Formulário de Pré-Matrícula
(Preencher todos os campos de forma legível)

| |
|---|
| Fotografia Coloque o nome no verso |
|---|

Cotista: SIM NÃO Caso afirmativo, identifique: PCD / PPI

| DADOS CADASTRAIS DO ESTUDANTE | | | | | |
|---|--|--|--|--|----------------------|
| Curso: | <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> EaD | Turno: | <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Integral | | |
| Nome: | CPF: | | D. de Nascimento: | | |
| Endereço: | Nº | | Complemento (Edif., Apto) | | |
| Bairro/ Distrito: | CEP: | - | Cidade: | UF: | |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena | | E-mail: | | |
| Celular () | Tel. Resid. () | Nacionalidade: | | Estado Civil: | Nº de Filhos: |
| Profissão: | T. Sanguíneo: | Naturalidade: | | UF: | Grau de Instrução: |
| Pessoa com Deficiência –PcD | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Caso afirmativo, identifique: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Outra _____ | | | | |
| Certidão de Nascimento/ Casamento (nº, folha e livro) | | RG: | Órg. Exped. | Data de Exped.: | Est. Civil dos Pais: |
| Pai falecido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Mãe falecida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Com quem o aluno reside <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Parentes <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | |
| Renda Bruta Familiar (R\$) | Nº de Membros da Família | Renda Per capita (R\$) * | | Instituição Educacional de Origem | |
| Beneficiário(a) de Programa de Transferência de Renda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM qual?: | | Cotista**: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso afirmativo, identifique: <input type="checkbox"/> EEP RENDA <input type="checkbox"/> ≤1,5 <input type="checkbox"/> 1,5≥ PPI <input type="checkbox"/> DEC. <input type="checkbox"/> não DEC. | | | |
| Ano de Conclusão do Ensino: | | Tipo de Escola: | | <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural | |

OBSERVAÇÃO

O aluno, neste ato, fica ciente que, deverá manter atualizados seu endereço, telefones, e-mails e demais dados cadastrais, junto a esta Instituição de Ensino, sendo de sua responsabilidade os prejuízos decorrentes da não atualização destas informações.

DECLARAÇÃO

1. DECLARO, para fins de direito, não possuir existência de vínculo na condição de estudante em outra Instituição de Ensino Superior Pública, conforme determina a Lei nº 12.089, de 11 de novembro de 2009 (para matrícula em cursos de nível superior).
2. DECLARO, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações e os documentos que apresento para pré-matrícula no IFPB, relativa ao ano letivo de 20____, são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos. Fico ciente, portanto, que a falsidade desta declaração configura-se em crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Responsável pelo aluno (se menor de idade ou por procuração)

| | |
|--|---|
| _____ Assinatura CPF: _____ Tel. () _____ | _____, ____/____/____ _____ Assinatura do Aluno |
|--|---|

Comprovante de Pré-matrícula

| | |
|-----------------|------------------------------------|
| Curso: | _____ / ____/20____ Funcionário |
| Nome: | |
| Período Letivo: | |