|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CPF |
| MATRÍCULA  | TELEFONE | E-MAIL |
| CURSO | TURMA/TURNO |
| ENDEREÇO (Rua, nº) |
| BAIRRO | CIDADE | ESTADO |

**Vem requerer ao Sr. Diretor IFBP-*Campus* Cajazeiras**

[ ]  Exame Oftalmológico e Óculos

[ ]  Fardamento Escolar

[ ]  Ajuda Financeira para Medicamento

[ ]  Exames Médicos/Laboratórios

[ ]  Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informações Adicionais:

Anexos:

Nestes termos pede deferimento.

Cajazeiras, PB, \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Requerente ou Responsável