



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS VITÓRIA

Avenida Vitória, 1729 – Jucutuquara – 29040-780 – Vitória – ES

27 3331-2110

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

(Preencher todos os campos sem abreviaturas e com letra de forma)

À **Coordenadoria de Registro Acadêmico do Campus** _____

Eu, _____
filho(a) de _____ e de _____

Cor/raça: branca () preta () parda () amarela () indígena () Sexo: F () M ()

Nascido(a) no dia ____/____/____ em _____ Estado _____

Residindo à Rua _____ Nº _____ Aptº _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____

RG _____ Data da expedição do RG _____

CPF _____ Telefone residencial _____ Celular _____

E-mail para contato com o Ifes (preencher nos quadrinhos abaixo com letra maiúscula)

Responsável pelo aluno: _____

Parentesco: _____ Telefone residencial _____ Celular _____

E-mail dos pais ou responsável (preencher nos quadrinhos abaixo com letra maiúscula)

Endereço do responsável _____ Nº _____ APTº _____ Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Número de pessoas que residem com o aluno: _____ Com quem reside: () Pais () Pai

() Mãe () Cônjuge () República () Pensionato () outros /especificar: _____

Renda Familiar (soma dos rendimentos dos membros da família que residem na mesma casa, em número de salários)

Nº de filhos: _____ Estado Civil _____

É aluno trabalhador: () Sim () Não Profissão _____ Tipo sanguíneo _____ Possui alguma

necessidade específica? Não () Sim () Qual? _____

Venho requerer a V.S.ª, matrícula no Curso _____

na modalidade de educação a distância no polo de _____

Declaro que estou ciente que:

1- Se o número de alunos do polo de apoio presencial ao qual estou vinculado reduzir, tornando sua manutenção inviável, poderei ser transferido para outro polo.

2- O financiamento dos cursos prevê apenas uma oferta de cada componente curricular, estando a coordenação do curso isenta de obrigatoriedade de ofertar periodicamente quaisquer componentes curriculares.

_____- ES, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) aluno(a) ou responsável legal

Responsável pela pré-matrícula no polo de apoio
presencial

COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA

Nome do(a) aluno(a): _____

Matriculado(a) na modalidade de ensino a distância no Curso: _____

Período letivo: _____ Polo: _____ Data da matrícula: _____

Atendido(a) por: _____

Responsável pela pré-matrícula no polo de apoio presencial