

Foto recente (com nome no verso)	FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (Ampla Concorrência)		
	Edital nº 674, de 16 de setembro de 2019		Matrícula
	Classificação:		
	Lista de Classificação: Ampla Concorrência		
	Ocupou vaga distinta da indicada acima? () Não () Sim. Qual?		
Curso:			

IDENTIFICAÇÃO

Nome (completo e sem abreviações):		
Mãe:	CPF:	
Pai:	CPF:	
Responsável legal (Quando não são os pais):	CPF:	
Sexo: () Feminino () Masculino	Data de nascimento: ___/___/_____	Nacionalidade:
Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela () Prefiro não declarar		
Se imigrante, você está em situação de refugiado? () Sim () Não		
Quanto Tempo está no Brasil? Não	É filho de imigrantes? () Sim () Não	
Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? () Sim () Não		
Renda bruta familiar mensal média: R\$	Número de moradores na casa:	

DOCUMENTAÇÃO

Identificação: () RG () RNE	Número:	Data de expedição: ___/___/_____
Órgão Emissor/UF:	Naturalidade:	Estado Civil:
		Carteira Reservista:

Caso o candidato não apresente os comprovantes de regularidade do CPF e Título de Eleitor, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta *online* na base de dados do órgão ou entidade responsável pelo documento, conforme art. 2º do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Não sendo possível a emissão do documento, o candidato fará declaração nos termos do § 2º do art. 3º da Lei 13.726, de 8 de outubro de 2018 para posterior consulta pela instituição.

CPF nº:	Título: nº	UF:
() Comprovante apresentado. () CPF NÃO regular na data da matrícula. () CPF regular na data de ___/___/_____.	() Comprovante apresentado. () Não tem Título de Eleitor () NÃO ESTÁ quite com a justiça eleitoral na data da matrícula. () ESTÁ quite com a justiça eleitoral em ___/___/_____.	
_____	_____	
Assinatura	Assinatura	

ENDEREÇO E CONTATO

Endereço:		
Complemento:	Bairro:	Nº
CEP:	Zona: () Urbana () Rural	Cidade:
		Estado:
Celular 1: ()	Celular 2: ()	Telefone: ()
E-mail do estudante:		

E-mail dos pais ou responsável legal: _____

Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: () _____ Celular 2: () _____

SAÚDE

Possui convênio médico? () Não () Sim Qual? _____

Número da Carteirinha do Convênio:	Validade: __/__/____	Número do Cartão do SUS:
------------------------------------	----------------------	--------------------------

Peso: _____ Kg	Altura: _____ m	Tipagem sanguínea:
----------------	-----------------	--------------------

Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:

<input type="checkbox"/> Doença Renal (ou pedra nos rins)	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Hemofilia (ou dificuldade de	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enxaqueca
<input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Perda da consciência	<input type="checkbox"/> Bronquite	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Sangramento no nariz	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Gastrite	
<input type="checkbox"/> Outras: _____			
<input type="checkbox"/> Alergia: A que? _____			

No caso de estar **em tratamento** para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:

Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais? _____

Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: () _____

_____ tel.: () _____

Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico? _____

Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?
() Não () Sim. Qual? _____

Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.

<input type="checkbox"/> Auxílio Ledor	<input type="checkbox"/> Leitura Labial	<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Guia Intérprete
<input type="checkbox"/> Auxílio Transcrição	<input type="checkbox"/> Prova em Braille	<input type="checkbox"/> Outro	

DADOS DO CENSO

Utiliza transporte público gratuito?	() Não () Sim: () Municipal () Estadual	Tipo de veículo:
--------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------

É transporte destinado exclusivamente para estudantes? () Sim () Não	
------------------------------------------------------------------------	--

ESCOLARIDADE - Ensino Fundamental

Ano de Conclusão:	Escola: _____
-------------------	---------------

Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:

() ENCCEJA () Outro (Descrever) _____

ESCOLARIDADE - Ensino Médio

Ano de Conclusão:	Escola: _____
-------------------	---------------

Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:

() ENEM () ENCCEJA () Outro (Descrever) _____

DECLARAÇÕES GERAIS

1. DECLARO ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das

Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.

- os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;
- as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus;
- o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado;
- o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu.
- em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.

2. **DECLARO** estar ciente e de acordo com o artigo 185, da Organização Didática do IFSP (Resolução CONSUP/IFSP nº 62/2018), que dispõe: “[...] **O cancelamento de matrícula compulsório deverá ser feito por iniciativa da instituição por [...] não comparecimento nos dez (10) primeiros dias letivos (quando ingressante) [...]**”.

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus **Salto** sediado na **Rua Rio Branco, 1780, Vila Teixeira, Salto – SP**, poderá divulgar, utilizar e dispor na íntegra ou em partes, para todos os fins cabíveis, inclusive para fins institucionais, educativos, informativos, técnicos e culturais, o meu nome, minha imagem (fotografia e vídeo) e som de voz, sem que isso implique em ônus para esta instituição.

Autorizo

Não autorizo

TERMO DE REMATRÍCULA ONLINE PARA ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS

Estou ciente do processo de Rematrícula de forma online, que será realizado antes do início de cada período letivo, por meio do sistema acadêmico SUAP e como responsável legal, por meio desse termo:

AUTORIZO o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que poderei realizar o acompanhamento dos registros acadêmicos através do mesmo sistema, empregando a chave de acesso, que consta no boletim impresso do discente.

NÃO AUTORIZO o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que terei que comparecer presencialmente ao câmpus em cada período de rematrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de rematrícula.

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer à Sr^a. Diretora-Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus **Salto**, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Salto, _____ de _____ de 2020.

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

*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Fluxo administrativo/educacional: (Uso Exclusivo da Instituição)

Coordenadoria de Registros Acadêmicos:	Data:	Visto do servidor
<input type="checkbox"/> Dados atualizados no SUAP.	____/____/____	
<input type="checkbox"/> Matriculado(a) no SISTEC.	____/____/____	
<input type="checkbox"/> Matriculado(a) no SEB.	____/____/____	
<input type="checkbox"/> Encaminhado(a) ao NAPNE.	____/____/____	