

Avenida 7 de novembro, 40, Centro – 29395-000 – Ibatiba – ES

Telefone: 0800 544 3644

ANEXO 2

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA (menor de 18 anos)

Nome do aluno:												Data de Nascimento: ____/____/____											
Nome social:																							
Etnia: () Branca () Amarela (origem asiática) () Parda () Indígena () Preta																							
Endereço:												Nº:		Complemento:									
Bairro:												Procedência: () Urbana () Rural											
Cidade:												Estado:						Sexo: () M () F () Não declarado					
Quantas pessoas residem na mesma casa – incluir o(a) aluno(a):												Renda Familiar Bruta (em salários-mínimos):											
Tipo Sanguíneo:												Telefone de contato do aluno:											
Nome do responsável pelo aluno:																							
Telefone de contato do responsável:																							
Necessidades específicas: () Sim () Não												Qual (is):											
E-mail do aluno: (colocar um caractere em cada quadrado)																							
Venho requerer matrícula no Curso:																							

Ibatiba – ES, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável