



|                                                                                                                                  |                                               |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                  |                                               |                          |
| Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:                                |                                               |                          |
| ( ) Doença Renal (ou pedra nos rins)                                                                                             | ( ) Asma                                      | ( ) Anemia               |
| ( ) Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização)                                                                                   | ( ) Desmaio                                   | ( ) Diabetes             |
| ( ) Hipertensão (pressão alta)                                                                                                   | ( ) Epilepsia                                 | ( ) Hepatite             |
| ( ) Perda da consciência                                                                                                         | ( ) Bronquite                                 | ( ) Vômitos              |
| ( ) Sangramento no nariz                                                                                                         | ( ) Diarreia                                  | ( ) Gastrite             |
| ( ) Outras: _____                                                                                                                |                                               |                          |
| ( ) Alergia: A que? _____                                                                                                        |                                               |                          |
| No caso de estar <b>em tratamento</b> para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:                         |                                               |                          |
| Doença                                                                                                                           | Remédio                                       | Frequência de uso        |
|                                                                                                                                  |                                               | ( ) Sim ( ) Não          |
|                                                                                                                                  |                                               | ( ) Sim ( ) Não          |
| Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?                                                 |                                               |                          |
| Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: ( ) _____<br>_____ 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?<br>( ) Não ( ) Sim. Qual? |                                               |                          |
| Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.                                                                        |                                               |                          |
| ( ) Auxílio Ledor                                                                                                                | ( ) Leitura Labial                            | ( ) Intérprete de Libras |
| ( ) Auxílio Transcrição                                                                                                          | ( ) Prova em Braille                          | ( ) Guia Intérprete      |
| <b>DADOS DO CENSO</b>                                                                                                            |                                               |                          |
| Utiliza transporte público gratuito?                                                                                             | ( ) Não   ( ) Sim: ( ) Municipal ( ) Estadual | Tipo de veículo:         |
| É transporte destinado exclusivamente para estudantes? ( ) Sim ( ) Não                                                           |                                               |                          |
| <b>ESCOLARIDADE – Ensino Fundamental</b>                                                                                         |                                               |                          |
| Ano de Conclusão:                                                                                                                | Escola:                                       |                          |
| Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:                                                                 |                                               |                          |
| ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) _____                                                                                          |                                               |                          |
| <b>ESCOLARIDADE – Ensino Médio</b>                                                                                               |                                               |                          |
| Ano de Conclusão:                                                                                                                | Escola:                                       |                          |
| Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:                                                                       |                                               |                          |
| ( ) ENEM ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) _____                                                                                 |                                               |                          |

| <b>DECLARAÇÕES GERAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. DECLARO</b> 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 <i>campus</i>. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;</li> <li>● as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do <i>campus</i>;</li> <li>● 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;</li> </ul> |

- 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 São José dos Campos-SP, sediado na Rodovia Presidente Dutra, Km 145, Jardim Diamante, CEP: 12223-201, São José dos Campos-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 *campus* em cada período de rematrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de rematrícula.

Estando de acordo com este instrumento, com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer ao Sr. Diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – **IFSP – Câmpus São José dos Campos**, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.   | ____/____/____ |                   |