Foto recente (com nome no verso)

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (Ampla Concorrência)						
Edital IFSP-SRT n.o 003/2023	Materiania					
Classificação:	Matrícula					
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:					
	de nascimente	o://			<u> </u>	Vacio	nalidad	le:				
Raça/Cor: () Branca () Preta () Pa		() Indígena		— Am	arela) Prefir		decla	ırar		
Se imigrante, você está em situação de refugiado?		., .	Não				,					
Quanto Tempo está no Brasil?		É filho de in		es?			()	Sim	() N	ão	
Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicion	al de quilombo	olas?				() Sin	n	() Não	1	
Renda bruta familiar mensal média: R\$							Númo	ero d	e mora	adores	na ca	asa:
	DO	CUMENTAÇ	ÃO									
Identificação: () RG () RNE Número:				П	Data d	e ex	oedição	:	_/	_/		
Órgão Emissor/UF: Naturalida	ıde:				Estado	Civ	il:					
Carteira Res			servista	ervista:								
consulta <i>online</i> na base de dados do órgão ou en 2017. Não sendo possível a emissão do document 2018 para posterior consulta pela instituição. CPF nº:												
() Comprovante apresentado. () CPF NÃO regular na data da matrícula. () CPF regular na data de//		() Comprova () Não tem '. () NÃO ES' () ESTÁ qui	Γítulo d ΤÁ quit	e E	leitor om a ju:						cula.	
Assinatura						As	ssinatur	ı				
	ENDEI	REÇO E CON	VTAT()								
Endereço:												
Complemento:	Bairro:									1	N _o	
CEP:	Zona: () Urbana	l () Rural		Cic	lade:						Esta	ado:
Celular 1: ()	Celular	2: ()			Т	elefo	ne: ()				
E-mail do estudante:												

E-mail dos pais ou respons	ável legal:					
Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: () Celular 2: ()						
•						
		SAÚDE				
Possui convênio médico? ()	Não () Sim Qual?					
Número da Carteirinha do Co	onvênio:	Validade:	Número c	do Cartão do SUS:		
Peso:Kg						
	Altura: _	m	Tipagem s	sanguínea:		
Assinale com um X nas cond			•			
() Doença Renal (ou pedra() Hemofilia (ou dificuldad	, , ,		() Anemia () Diabetes	() Convulsão () Enxaqueca		
() Hipertensão (pressão alt	- / /	Epilepsia	() Hepatite	() Depressão		
() Perda da consciência	, , ,	Bronquite	() Vômitos	() Náuseas		
() Sangramento no nariz	` /	Diarreia	() Gastrite			
() Outras:						
() Alergia: A que?						
No caso de estar em tratame	ento para alguma doença	relate nos espaços al	paixo e a medicação em uso:			
Doença		Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)		
			-	() Sim () Não		
				() Sim () Não		
Deverá fazer uso de alguma n	nedicação durante o perí	odo das aulas? Se sim	, quais?			
Em caso de emergência, entra	ar em contato com:		tel.: ()			
0 ,						
Deseja acrescentar outra info	rmação sobre sua saúde	ou alguma orientação	caso necessite de atendimen	to médico?		
Apresenta algum tipo de defi () Não () Sim. Qu		spectro autista ou alta	s habilidades/superdotação?			
Se sim, assinale abaixo quais	recursos julga necessário	os.				
() Auxílio Ledor	() Leitura Labial	() Intérpre	te de Libras () Guia Intérprete		
() Auxílio Transcrição	() Prova em Brai	lle () Outro				
ESCOLARIDADE – Ensino Médio						
Ano de Conclusão:	Escola:					
() ENCCEJA () O	Certificação do E utro (Descrever)	Ensino Fundamental por	r meio de Exame Específico:			
	ESC	OLARIDADE – Er	nsino Superior			
Ano de Conclusão:	Escola:					

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, para fins de cumprimento da Lei nº 12.089 de 11/11/2009, que não estou matriculado simultaneamente, em mais de um curso de nível superior em nenhuma Instituição Pública de Ensino Superior em todo o Território Nacional.
- 3. DECLARO, para fins de cumprimento do Decreto nº 5.493 de 18/07/2005(art.2°,\\$3°), que não sou bolsista do PROUNI.
- 4. **DECLARO** estar ciente e de acordo com o artigo 75, § 1°, da Organização Didática do Ensino Superior, que dispõe: **O cancelamento** de matrícula compulsório poderá ser feito por iniciativa da instituição, por questões disciplinares, por evasão, por não efetuar a rematrícula dentro do prazo estipulado, <u>por não comparecimento nos 10 primeiros dias letivos (quando ingressante)</u>, ou por não integralização do curso no prazo máximo previsto.

AUTORIZAÇÃO DE	USO DE I	IMAGEM E	VOZ
-----------------------	----------	----------	-----

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus Sertãozinho, sediado na Rua Américo Ambrósio, nº 269, 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:

- () <u>AUTORIZO</u> 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.
- () <u>NÃO AUTORIZO</u> 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 ao Sr. Diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus Sertãozinho, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Sertãozin	ho, de	de 2023.
Ass	inatura do(a) candidato(a) ou	ı 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
□ Dados atualizados no SUAP.	//	

□ Matriculado(a) no SISTEC.	//	
□ Encaminhado(a) ao NAPNE.	/	