



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**  
**REITORIA**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

**CURSO:**

**ANO:**

**DADOS DO ALUNO**

**NOME:**

**RG ( Registro Geral)**

**CPF (Cadastro de Pessoa Física)**

**COR/RACA**

- Branco     Preto     Pardo     Indígena     Amarelo     NÃO DECLARADA

**FAIXA DE RENDA FAMILIAR**

- 0 < RFP ≤ 0,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$0,00 a R\$499,00 por pessoa)     2,5 < RFP ≤ 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$2.495,01 a 3.493,00 por pessoa)
- 0,5 < RFP ≤ 1 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$499,01 a R\$998,00 por pessoa)     RFP = > 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (maior que R\$ 3.493,01 por pessoa)
- 1 < RFP ≤ 1,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 998,01 a R\$1.497,00 por pessoa)
- 1,5 < RFP ≤ 2,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$1.497,01 a 2.495,00 por pessoa)

Número de dependentes da renda:

**ENDEREÇO**

**RUA**

**NÚMERO**

**BAIRRO**

**CIDADE**

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

**NOME**

**CPF (Cadastro de Pessoa Física)**

**GRAU DE PARENTESCO**

- Mãe     Tio(a)
- Pai     Avô(ó)
- Outro, Qual?

**DATA DE NASCIMENTO**

**E-MAIL**

**ESCOLARIDADE**

- Analfabeto     Especialização
- Ensino Fundamental     Mestrado
- Ensino Médio     Doutorado
- Ensino Superior

**PROFISSÃO**

**TELEFONE**

**Estou ciente que ao assinar e enviar esse documento:**

- Autorizo Instituto Federal Farroupilha, pessoa jurídica de direito público, o uso de imagem e voz do aluno, em decorrência de atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Autorizo o aluno a participar de viagens de estudo
- O aluno terá a matrícula cancelada automaticamente caso não frequente, sem justificativa os 5 (cinco) primeiros dias consecutivos de aula

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

