



**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/RAÇA**

- Branco  Preto  Pardo  Indígena  Amarelo

**FAIXA DE RENDA FAMILIAR**

- 0<RFP? 0,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$0,00 a R\$606,00 por pessoa)  2,5<RFP? 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$3.030,01 a R\$4.242,00 por pessoa)
- 0,5<RFP? 1 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$606,01 a R\$1.212,00 por pessoa)  RFP>3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (maior que R\$4.242,01 por pessoa)
- 1<RFP? 1,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 1.212,01 a R\$1.818,00 por pessoa)  NÃO DECLARADA
- 1,5<RFP? 2,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$1.818,01 a R\$3.030,00 por pessoa) Número de dependentes da renda:

**ENDEREÇO**

**RUA**

**NÚMERO**

**BAIRRO**

**CIDADE**

**DADOS DO RESPONSÁVEL**  
(SOMENTE PREENCHER CANDIDATOS MENORES DE 18 ANOS DE IDADE)

**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