



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA FARROUPILHA
CAMPUS _____



REQUERIMENTO DE REMATRÍCULA

CURSO:	
ANO:	
DADOS DO ALUNO	
NOME:	Nº MATRÍCULA:
RG:	CPF:
ENDEREÇO	
RUA/AVENIDA/Nº:	
BAIRRO:	CIDADE:
DADOS DO RESPONSÁVEL:	
Nome: _____	
CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____	
Grau de Parentesco: _____	
Profissão: _____	
Escolaridade: _____	
Telefone Fixo: () _____ Celular: () _____	
Telefone do Trabalho: () _____	
E-mail: _____	
_____/_____/_____	
Assinatura do Responsável	

RESERVADO AO SETOR DE REGISTROS ACADÊMICOS
SITUAÇÃO DO ALUNO:
<input type="checkbox"/> APROVADO NO PARA O _____ ANO DO CURSO.
<input type="checkbox"/> REPROVADO NO ANO LETIVO DE 20_____. PERMANECE NO _____ ANO DO CURSO.
EM ____/____/____
_____ RESPONSÁVEL NO CRA