

# FICHA CADASTRAL

Favor preencher com letras de forma.

**FORMA DE INGRESSO – Ano/Semestre 20** \_\_\_/\_\_\_ **Curso:** \_\_\_\_\_

<b>Vestibular:</b> <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> NÃO OPTANTE <input type="checkbox"/> ESCOLA PÚBLICA	<b>SISU:</b> <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> NÃO OPTANTE <input type="checkbox"/> ESCOLA PÚBLICA	<b>Transferência / Reingresso:</b> <input type="checkbox"/> TRANSF. INTERNA <input type="checkbox"/> REINGR. APÓS ABAND. <input type="checkbox"/> TRANSF. EXTERNA <input type="checkbox"/> RET. PORT. DIPLOMA
--	--	--

## DADOS DO ACADÊMICO

Nome do Acadêmico		CPF	
Usar nome social? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?		
<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data do Nascimento / /	Local de Nascimento	UF
Endereço (do acadêmico ou dos pais/responsáveis)		Nº	Complemento:
Bairro	Cidade	UF	CEP
Celular ( )	E-mail:		

Cor/Raça:	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Parda
Acadêmico com Deficiência, Transtorno Global do Desenvolvimento ou Altas Habilidades/Superdotação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Tipo Deficiência, Transtorno Global do Desenvolvimento ou Altas Habilidades/Superdotação					
<input type="checkbox"/> Altas Habil./Superdot.	<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Síndrome de Rett			
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla	<input type="checkbox"/> Surdez			
<input type="checkbox"/> Baixa Visão	<input type="checkbox"/> Dificuldades de Aprendizagem	<input type="checkbox"/> Surdocegueira			
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Significativa	<input type="checkbox"/> TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade			
<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Transt. Desintegrativo de Infância			
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger				
<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____					
Necessita atendimento especial?					
<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Leitor de tela	<input type="checkbox"/> Comunicação Alternativa			
<input type="checkbox"/> PDF acessível	<input type="checkbox"/> Audiodescrição	<input type="checkbox"/> Libras			
<input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____					

## DADOS DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Nome do Pai/Responsável	Celular ( )
Nome da Mãe/Responsável	Celular ( )

## ENSINO MÉDIO

Escola de Conclusão do Ensino Médio	
Conclusão do Ensino Médio: <input type="checkbox"/> Escola Pública <input type="checkbox"/> Escola Privada	Ano
Cidade	UF

**Local e data:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_.

**Ass. Aluno:** \_\_\_\_\_ **Ass. Responsável:** \_\_\_\_\_