

FICHA CADASTRAL

Favor preencher com letras de forma.

FORMA DE INGRESSO – Ano/Semestre 20__ / Curso: _____

Vestibular:	<input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> NÃO OPTANTE <input type="checkbox"/> ESCOLA PÚBLICA	SISU:	<input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> NÃO OPTANTE <input type="checkbox"/> ESCOLA PÚBLICA	Transferência / Reingresso:	<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?	Qual? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<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	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: _____