|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | COORDENAÇÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS | Cole a foto aqui |
|  | | |
|  | **FICHA DE REMATRÍCULA** | |
| Curso Pretendido:  Sistema de Ensino Turno  **EaD**  **DADOS PESSOAIS**  Nome  Data de Nascimento Sexo Cor/Etnia Estado Civil    Nacionalidade Local de Nascimento UF Certidão nº    Cédula de Identidade Órgão Exp./UF Data de Expedição CPF    Título de Eleitor Zona Seção Reservista    Nome da mãe Nome do Pai    **DADOS PARA CONTATO**  Logradouro (Av., rua, …), nº, Bairro  Complemento  Município UF CEP    Celular pessoal Telefone Residencial Em caso de emergência avisar:    Celular da mãe Celular do pai Telefone    E-mail pessoal E-mail do responsável    **Declaro estar matriculado em apenas um curso da mesma modalidade e nível de ensino na rede pública.** Declaro ainda que as informações constantes neste formulário e documentos entregues são verdadeiros, estando ciente de que se faltar com a veracidade estarei sob pena de invalidação da matrícula. Guajará-Mirim (RO) \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura por extenso do funcionário responsável pela rematrícula Assinatura por extenso do aluno ou responsável | | | |