



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

CAMPUS

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

FICHA DE PRÉ-MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS

CURSO / FORMA DE OFERTA

FORMA DE INGRESSO

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

☐ AMPLA CONCORRÊNCIA

☐ COTA

☐ NÃO SE APLICA

DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME SOCIAL:

NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

BAIRRO:

CEP:

SEXO: E-MAIL:

TELEFONE COMERCIAL:

TELEFONE RESIDENCIAL:

TELEFONE CELULAR:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

No. DE FILHOS: PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

RAÇA/COR:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO

ANO DE CONCLUSÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU A GRADUAÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO:

NOME DO CURSO DA GRADUAÇÃO:

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM:

☐ PÚBLICA

☐ PRIVADA

NECESSIDADE ESPECIAL :

☐

Altas habilidades / Superdotação

☐

Baixa visão

☐

Física

☐

Múltipla

☐

Síndrome de RETT

☐

Surdocegueira

☐

Transtorno do espectro autista

☐

Auditiva

☐

Cegueira

☐

Intelectual

☐

Síndrome de Asperger

☐

Surdez

☐

Transtorno desintegrativo da infância

DOCUMENTAÇÃO

CPF:

No. CIA:

No. IDENTIDADE

ESTADO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA

No. TÍTULO ELEITORAL

ZONA ELEITORAL

SEÇÃO ELEITORAL

DATA

No. RESERVISTA

REGIÃO MILITAR

C.S.M.

ESTADO

ANO

DADOS DA FAMÍLIA

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI

GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE

ESTADO CIVIL DOS PAIS

☐ PAI FALECIDO

☐ MÃE FALECIDA

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE CELULAR:

ENDEREÇO

No.

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-mail DOS PAIS

RESPONSÁVEL

TIPO

☐ ALUNO

☐ MÃE

☐ PAI

☐ OUTRO

OCUPAÇÃO DO RESPONSÁVEL

RENDIA FAMILIAR PER CAPITA

☐ RPC <= 0,5 SM

☐ 1 SM < RPC <= 1,5 SM

☐ 2,5 SM < RPC <= 3 SM

Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA

COM QUEM RESIDE

☐ 0,5 SM < RPC <= 1 SM

☐ 1,5 SM < RPC <= 2,5 SM

☐ RPC > 3 SM

* SM : Salário Mínimo

* RPC : Renda Per Capta

/ /
DATA

ASSINATURA DO ALUNO

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA
COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA

SEMESTRE _____ ANO _____

NOME DO ALUNO _____

/ /
DATA DA MATRÍCULA

CURSO / MODALIDADE _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (CCA/IFCE)

A CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA deverá ser realizada, impreterivelmente, entre o primeiro dia de aula, ____ / ____ / ____ e o dia ____ / ____ / ____.