

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

FICHA DE REGISTRO ACADÊMICO

1 VINCULAÇÃO DO ALUNO

Nº do Aluno	<input type="text"/>	Aluno	<input type="text"/>
		Ingresso	Ano/Semestre <input type="text"/>
		Forma	<input type="text"/>
Cód. Curso	<input type="text"/>	Curso	<input type="text"/>

2 DADOS PESSOAIS

Sexo	Estado Civil	V - Viúvo	D - Desquitado / Divorciado	O - Outros
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S - Solteiro	<input type="checkbox"/> C - Casado	<input type="checkbox"/> V - Viúvo	<input type="checkbox"/> D - Desquitado / Divorciado
Data de Nascimento		Cidade		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Naturalização:		Estrangeira / País:		
<input type="checkbox"/> Brasileiro Nêo		<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Brasileiro Naturalizado		<input type="text"/>		
Pai	<input type="text"/>			
Mãe	<input type="text"/>			

3 DOCUMENTOS PESSOAIS

Nº Identidade	Órgão Emissor	Estado	Nº Título Eleitoral	Zona	Seção	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOCUMENTO MILITAR - Natureza						
<input type="checkbox"/> AM - Certificado Alistamento						
<input type="checkbox"/> IS - Certificado Isenção						
<input type="checkbox"/> DI - Certificado Disp. Incorpor.						
<input type="checkbox"/> 1C - 1ª Categoria						
<input type="checkbox"/> 2C - 2ª Categoria						
<input type="checkbox"/> AT - Militar						
EXERCÍCIO - EX						
RM	CSM	Nº	MARINHA - MR			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
COMAR SMOB			Nº			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

4 ENSINO MÉDIO - Conclusão

Ano	Semestre	Tipo	O - Outros	S - Supletivo	M - Magistério	P - Profissionalizante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome do Estabelecimento						
<input type="text"/>						
Cidade						
<input type="text"/>						
Estado						
<input type="text"/>						
País						
<input type="text"/>						

5 ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro (Av./Rua/Praça/Alameda/Etc)			
<input type="text"/>			
Bairro	UF	CEP	DDD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cidade	Telefone		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

N.º do Aluno Aluno

Cód. Curso

Transcreva aqui as informações do item 1 desta ficha

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

6.1 - Deseja declarar sua raça/cor? 1 - Sim 2 - Não

Em caso afirmativo, assinale uma das alternativas abaixo:

1 - Amarela 2 - Branca 3 - Indígena 4 - Negra 5 - Parda

6.2 - Como avalia sua capacidade de enxergar?
(Se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando)

1 - Incapaz 3 - Alguma dificuldade permanente

2 - Grande dificuldade permanente 4 - Nenhuma dificuldade

6.3 - Como avalia sua capacidade de ouvir?
(Se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando)

1 - Incapaz 3 - Alguma dificuldade permanente

2 - Grande dificuldade permanente 4 - Nenhuma dificuldade

6.4 - Como avalia sua capacidade de caminhar/subir escadas?
(Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando os estiver utilizando)

1 - Incapaz 3 - Alguma dificuldade permanente

2 - Grande dificuldade permanente 4 - Nenhuma dificuldade

6.5 - Tem alguma das seguintes deficiências?

1 - Paralisia Permanente Total 4 - Falta de Perna, Braço, Mão, Pé ou Dedo Polegar

2 - Paralisia Permanente das Pernas 5 - Nenhuma das Enumeradas

3 - Paralisia Permanente de um dos Lados do Corpo

Data: ____/____/____

Assinatura do Aluno: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Conferidor: _____