

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

FICHA DE REGISTRO ACADÊMICO
EDUCAÇÃO BÁSICA
(Ensino Médio e Profissional)

1 - TIPO DE CURSO

Médio
 Profissional
 Médio/Profissional

Cód. Curso

Nome do Curso

2 - VINCULAÇÃO

Nº do Aluno

Ingresso (Ano/Sem)

Forma de Admissão

Processo Seletivo

Transferência Comum

Transferência Especial

Aluno (Nome Completo)

3 - DADOS PESSOAIS

Sexo

FEM MASC

Data de nascimento (Dia/Mês/Ano)

Estado Civil

Solteiro Casado Viúvo Outros

Cidade de Nascimento

Estado

País

Situação da Nacionalidade

Brasileiro Nato Brasileiro Naturalizado Estrangeiro

Pai (Nome Completo)

Mãe (Nome Completo)

4 - DOCUMENTOS PESSOAIS

Cédula de Identidade

Órgão Emissor/Estado

CPF

Nº Título Eleitoral

Zona

Seção

5 - ENSINO CONCLUÍDO

Data (Ano/Sem)

Tipo

Fundamental Médio Profissional Magistério Supletivo Outros

Nome do Estabelecimento

Cidade

Estado

País

6 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro (Av./Rua/Praça/Alameda)																				Número			Complemento		
Bairro																				CEP			Estado		
DDD			Telefone de contato						DDD			Celular													

7 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Deseja declarar sua raça/cor? 1 - Sim 2 - Não Caso afirmativo, assinale: 1 - Amarela 2 - Branca 3 - Indígena 4 - Negra 5 - Parda

Como você avalia a sua capacidade de enxergar? Se utilizar óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando.
 1 - Incapaz 2 - Grande dificuldade permanente 3 - Alguma dificuldade permanente 4 - Nenhuma dificuldade

Como você avalia a sua capacidade de ouvir? Se utilizar aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando.
 1 - Incapaz 2 - Grande dificuldade permanente 3 - Alguma dificuldade permanente 4 - Nenhuma dificuldade

Como você avalia a sua capacidade de caminhar/ subir escadas? Se utilizar prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando os estiver utilizando.
 1 - Incapaz 2 - Grande dificuldade permanente 3 - Alguma dificuldade permanente 4 - Nenhuma dificuldade

Possui alguma das deficiências? Paralisia permanente:
 1 - total 2 - das pernas 3 - de um dos lados do corpo 4 - Falta de perna, braço, mão, pé, ou dedo polegar. 5 - Nenhuma das enumeradas

8 - DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome																				Parentesco															
Endereço Residencial (Logradouro: Av./Rua/Praça/Alameda)																				Número			Complemento												
Bairro																				CEP			Estado												
Cédula de Identidade						Órgão Emissor/Estado			CPF																										
Endereço Comercial (Logradouro: Av./Rua/Praça/Alameda)																				Número			Complemento												
Bairro																				CEP			Estado												
DDD			Telefone Comercial						DDD			Celular Comercial						DDD			Telefone Residencial						DDD			Celular					

_____/_____/_____
DATA

Assinatura do Responsável

_____/_____/_____
DATA

Assinatura do Conferente