



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMENTO DE REMATRÍCULA**ALUNO(A)**

NOME: _____

ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, ETC. _____

Nº: _____

APT. _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

UF: _____

CEP: _____

TELEFONE: _____

CURSO EM QUE REQUER REMATRÍCULA ➡ __________/_____/_____
DATA_____
ASSINATURA DO REQUERENTE**DOCUMENTOS EXIGIDOS**

➡ HISTÓRICO ESCOLAR

➡ JUSTIFICATIVA PARA A REMATRÍCULA

ATENÇÃO: SÓ SERÃO ANALISADOS OS REQUERIMENTOS DEVIDAMENTE DOCUMENTADOS.**RESERVADO AO DRCA**

Nº DE REGISTRO: _____

SEMESTRE DE INGRESSO: _____

FORMA DE INGRESSO: _____

ÚLTIMA MATRÍCULA: _____

JÁ OBTVEVE REMATRÍCULA(S)? _____

Nº DE REMATRÍCULAS ANTERIORES _____

ÚLTIMA OPÇÃO DO REQUERENTE: _____

VERSÃO CONSIDERADA: _____

O REQUERENTE ATENDE ÀS EXIGÊNCIAS DO ARTIGO 50 DO REGIMENTO GERAL? SIM NÃO_____/_____/_____
DATA_____
DIRETOR(A) DO DRCA**RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO**

➡ UTILIZAR O VERSO PARA REGISTRAR A ADAPTAÇÃO CURRICULAR, SE DEFERIDO.

_____/_____/_____
DATA_____
COORDENADOR(A)**COMUNICADO AO REQUERENTE**- PELO OFÍCIO Nº _____ DE _____/_____/_____
DATA_____
ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A)- PESSOALMENTE EM: _____/_____/_____
DATA CIENTE DO RESULTADO: __________
ASSINATURA DO REQUERENTE**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO** ENVIO DA AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO AO DRCA EM _____/_____/_____
DATA_____
CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

