UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

FICHA DE REGISTRO ACADÊMICO
EDUCAÇÃO BÁSICA
(Ensino Fundamental)

Cód. Curso

Nome do Curso

1 - VINCULAÇÃO

N° do Aluno

Ingresso (Ano/Sem)

Forma de Admissão
☐ Processo Seletivo ☐ Transferência Comum ☐ Transferência Especial

Aluno (Nome Completo)

2 - DADOS PESSOAIS

Sexo
☐ FEM ☐ MASC

Data de nascimento (Dia/Mês/Ano)

Cidade

Estado

País

Situação da Nacionalidade
☐ Brasileiro Nato ☐ Brasileiro Naturalizado ☐ Estrangeiro

Pai (Nome Completo)

Mãe (Nome Completo)

3 - DOCUMENTOS PESSOAIS

Cédula de Identidade

Órgão Emissor/Estado

CPF

Certidão de Nascimento

Livro

Folha

Termo

Ordem

Assento

4 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro (Av./Rua/Praça/Alameda)

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

Estado

5 - DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome

Parentesco

Endereço Residencial (Logradouro: Av./Rua/Praça/Alameda)

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

Estado

Cédula de Identidade

Órgão Emissor/Estado

CPF

Endereço Comercial (Logradouro: Av./Rua/Praça/Alameda)

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

Estado

DDD

Telefone Comercial

DDD

Celular Comercial

DDD

Telefone Residencial

DDD

Celular

6 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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

Em caso afirmativo, assinale uma das alternativas: ☐ 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?

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

____/____/____
DATA

Assinatura do Responsável

____/____/____
DATA

Assinatura do Conferente