



Requerimento de Matrícula

CURSO _____

Município de realização do curso _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Filiação - Pai: _____ Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Expedição: ____/____/____

CPF: _____ Título de Eleitor: _____ Fone: (____) _____

Celular: (____) _____ E-mail: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

(Rua; Av.; n°, apto, bairro) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

DADOS ESCOLARES

Ensino Fundamental: () Completo () Incompleto | Ensino Médio: () Completo () Incompleto

Se Incompleto informar - local onde está cursando: _____

Endereço: _____ Fone: (____) _____

Graduação: _____ Pós-Graduação: _____

Mestrado: _____ Doutorado: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Local onde trabalha: _____ Setor: _____

(Rua; Av.; n°, sala, bairro) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: (____) _____ E-mail: _____

Cargo / Função que exerce: _____

() Efetivo () Recrutamento Amplo () Processo Seletivo () outros _____

Assinatura do(a) aluno(a) _____

PARA PREENCHIMENTO DA SECRETARIA ESCOLAR

Autorização da turma: _____ Portaria SEE: _____

Parecer CEE: _____ Referendo: _____

Autorizado em: ____/____/____

Maria de Fátima Camarinho Pereira Franca
Secretária de Ensino

Edvalth Rodrigues Pereira
Diretor-Geral / ESP-MG