



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

FICHA DE PRÉ-MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS

CAMPUS: _____

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

☐ AC ☐ L1 ☐ L2 ☐ L3 ☐ L4 ☐ L5 ☐ L6 ☐ L7 ☐ L8

CURSO / MODALIDADE: _____

TURNO: _____

FOTO

3 x 4

DADOS PESSOAIS

NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

SEXO: ☐ M ☐ F

E-MAIL: _____

TELEFONE COMERCIAL: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____

CELULAR: _____

NACIONALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

No. DE FILHOS: _____

PROFISSÃO: _____

NATURALIDADE: _____

RAÇA/COR: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO FUNDAMENTAL

ANO DE CONCLUSÃO: _____

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM: ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO

ANO DE CONCLUSÃO: _____

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM: ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA

GRADUADO / GRADUANDO?

☐ SIM ☐ NÃO

NOME DO CURSO DA GRADUAÇÃO: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM: ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA

NECESSIDADE ESPECIAL: ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐ FÍSICA ☐ OUTRAS NECESSIDADES

DOCUMENTAÇÃO

CPF: _____

No. CIA: _____

No. IDENTIDADE

ESTADO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA

No. TÍTULO ELEITORAL

ZONA ELEITORAL

SEÇÃO ELEITORAL

DATA

No. RESERVISTA

REGIÃO MILITAR

C.S.M.

ESTADO

ANO

DADOS DA FAMÍLIA

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

GRAU DE INSTRUÇÃO

GRAU DE INSTRUÇÃO

ESTADO CIVIL DOS PAIS

☐ PAI FALECIDO ☐ MÃE FALECIDA

ENDEREÇO

No. _____

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-mail DOS PAIS

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

CELULAR: _____

RENDA FAMILIAR

☐ RFP <= 0,5 SM

☐ 1 SM < RFP <= 1,5 SM

☐ 2,5 SM < RFP <= 3 SM

Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA

COM QUEM RESIDE

☐ 0,5 SM < RFP <= 1 SM

☐ 1,5 SM < RFP <= 2,5 SM

☐ RFP > 3 SM

ASSINATURA DO ALUNO

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA

SEMESTRE _____ ANO _____

/ /

NOME DO ALUNO _____

CURSO / MODALIDADE _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (CCA/IFCE)

Lembrete: A CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA deverá ser realizada, impreterivelmente, no decorrer da primeira semana de aula, com previsão de início em ____/____/____