

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA		
Foto recente (com nome no verso)	<u>Edital nº 85, de 18 de fevereiro de 2020</u>	Matrícula
	Classificação:	
	Lista de Classificação:	
	Curso: Física	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome (completo e sem abreviações):	
Mãe:	CPF:
Pai:	CPF:
Responsável legal (Quando não são os pais):	CPF:
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: ___/___/_____ Nacionalidade:
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Prefiro não declarar	
Renda bruta familiar mensal média: R\$	Número de moradores na casa:

DOCUMENTAÇÃO	
Identificação: <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RNE	Número: _____ Data de expedição: ___/___/_____
Órgão Emissor/UF:	Naturalidade: _____ Estado Civil: _____ Carteira Reservista: _____
CPF nº: _____	Título: nº _____ UF: _____
<input type="checkbox"/> Comprovante apresentado. <input type="checkbox"/> CPF NÃO regular na data da matrícula. <input type="checkbox"/> CPF regular na data de ___/___/_____.	<input type="checkbox"/> Comprovante apresentado. <input type="checkbox"/> Não tem Título de Eleitor <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ quite com a justiça eleitoral na data da matrícula. <input type="checkbox"/> ESTÁ quite com a justiça eleitoral em ___/___/_____.
_____ Visto do servidor	_____ Visto do servidor

ENDEREÇO E CONTATO	
Endereço:	Nº _____ Bairro: _____
CEP: _____	Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural Cidade: _____ Estado: _____
Telefone principal (Responsável): _____	<input type="checkbox"/> Tem WhatsApp? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Telefone secundário (Responsável): _____ <input type="checkbox"/>
E-mail dos pais ou responsável legal: _____	
Telefone adicional (estudante): _____	<input type="checkbox"/> Tem WhatsApp? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não E-mail do estudante: _____

SAÚDE	
Possui convênio médico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?	
Número da Carteirinha do Convênio: _____	Validade: ___/___/_____ Número do Cartão do SUS: _____
Peso: _____ Kg	Altura: _____ m Tipagem sanguínea: _____
Informe alguma doença que já tenha apresentado ou que apresente atualmente:	
No caso de estar em tratamento para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:	

Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			() Sim () Não
			() Sim () Não
Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: () _____ _____ tel.: () _____			
Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação? () Não () Sim. Qual?			
Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários:			
() Auxílio Ledor	() Leitura Labial	() Intérprete de Libras	() Guia Intérprete
() Auxílio Transcrição	() Prova em Braille	() Outro	

DADOS DO CENSO

Utiliza transporte público gratuito?	() Não () Sim: () Municipal () Estadual	Tipo de veículo:
--------------------------------------	---	------------------

ESCOLARIDADE

Médio	Ano de Conclusão:	Nome da Escola / Certificação por meio de Exame Específico:
-------	-------------------	---

DECLARAÇÕES GERAIS

1. **DECLARO** ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.

- os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;
- as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus;
- o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado;
- o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu.
- em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.

2. **DECLARO** estar ciente do §1º do artigo 53, da Organização Didática dos Cursos Superiores do IFSP (Resolução CONSUP/IFSP nº 147/2016), que dispõe: “*Serão considerados desistentes [...] os estudantes matriculados que não frequentarem os 10 (dez) primeiros dias úteis de atividades acadêmicas, sem apresentação de justificativa devidamente comprovada e atestada, a ser analisada pela coordenação sociopedagógica. [...]*”

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus **Votuporanga**, sediado na **Avenida Jerônimo Figueira da Costa 3014 Pozzobon – Votuporanga/SP**, poderá divulgar, utilizar e dispor na íntegra ou em partes, para todos os fins cabíveis, inclusive para fins institucionais, educativos, informativos, técnicos e culturais, o meu nome, minha imagem (fotografia e vídeo) e som de voz, sem que isso implique em ônus para esta instituição.

() Autorizo

() Não autorizo

TERMO DE REMATRÍCULA ONLINE PARA ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS

Estou ciente do processo de Matrícula de forma online, que será realizado antes do início de cada período letivo, por meio do sistema acadêmico SUAP e como responsável legal, por meio desse termo:

() **AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua matrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que poderei realizar o acompanhamento dos registros acadêmicos através do mesmo sistema, empregando a chave de acesso, que consta no boletim impresso do discente.

() **NÃO AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua matrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que terei que comparecer presencialmente ao câmpus em cada período de matrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de matrícula.

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES ACADÊMICAS PELOS PAIS (ESTUDANTES MAIORES DE 18 ANOS)

- () Autorizo que meus pais tenham acesso aos meus dados acadêmicos (notas, faltas, etc...).
- () **NÃO** autorizo que meus pais tenham acesso aos meus dados acadêmicos.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AOS PROGRAMAS EDUCACIONAIS “GOOGLE FOR EDUCATION, OFFICE 365 EDUCATION E MICROSOFT AZURE” PARA USUÁRIO MENOR DE 18 ANOS**PROGRAMAS EDUCACIONAIS QUE AUTORIZO O ACESSO:**

() GOOGLE FOR EDUCATION | () OFFICE 365 FOR EDUCATION | () MICROSOFT AZURE

Declaro para os devidos fins que autorizo o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo a conceder acesso ao menor acima relacionado, enquanto aluno regularmente matriculado nesta instituição de ensino, bem como, compartilhamento das informações fruto de seu acesso e utilização dos serviços dos programas educacionais assinalados, e considerando minha ciência do teor dos termos abaixo relacionados e anuência para os disposto nestes:

I - Os termos do contrato “Google Apps for Education (GSuite)”:

https://gsuite.google.com/intl/pt-PT/terms/2013/1/premier_terms.html

II - Os “Termos de Uso Adicionais para Serviços Adicionais” do GSuite

https://gsuite.google.com/intl/pt-BR/terms/additional_services.html

III - Os termos da Lei americana de Proteção da Privacidade On-line das Crianças de 1998

“<https://www.ftc.gov/system/files/2012-31341.pdf>”

“<https://jus.com.br/artigos/23373/a-atualizacao-da-lei-americana-de-protecao-dos-dados-das-criancas-na-internet>” (Versão em Português)

IV - Os termos da “Assinatura Microsoft Azure”

<https://imagine.microsoft.com/pt-br/about/LicenseAgreement>

V - Os termos do “Contrato de Serviços da Microsoft”

<https://www.microsoft.com/pt-br/servicesagreement>

REQUERIMENTO DE PLANO DE ESTUDOS DIFERENCIADO DEVIDO A PERÍODO DE GUARDA RELIGIOSA

() Em virtude da escusa de consciência, em conformidade com a minha fé, segundo os preceitos da minha religião, **SOLICITO** a prestação alternativa de atividades de compensação quanto à aplicação de instrumentos de avaliação e a frequência às aulas realizadas no período de guarda religiosa.

DECLARO que devo comprovar tal solicitação por meio de documento timbrado que ateste acerca de minha vinculação/membresia junto à instituição/organização/comunidade religiosa conforme disposto na Instrução Normativa IFSP nº 003, de 14 de maio de 2019.

***Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA**

Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer ao Sr. Diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus Votuporanga, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Cidade: _____ . Data: _____ de _____ de 2020.

Assinatura do(a) responsável legal

Assinatura do(a) candidato(a)

Uso Exclusivo da Instituição:

FLUXO ADMINISTRATIVO	Coordenadoria de Registros Acadêmicos:	Data:	Visto do servidor
	Matrícula realizada no SUAP em:	____/____/____	
	Matrícula na turma realizada em:	____/____/____	