|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE PRÉ-MATRÍCULA**  |
| **Curso:** |
| **Nome:**  |
| **Nome social (caso possua):** |
| Data de Nascimento:  | Cidade onde Nasceu:  | Estado:  |
| Sexo:  | Estado Civil: |
| E-mail: |
| **Cor/Raça:** ( )Amarela ( )Branca ( )Indígena ( )Negra ( )Parda ( )Não declarada |
| **Escolaridade:**  |
| **Origem do aluno\*** **( )**Escola Pública **( )**Escola Particular**( )**Analfabeto **( )**Até o 5º ano incompleto do ensino fundamental **( )**5º ano completo do ensino fundamental **( )**Do 6º ao 9º ano do ensino fundamental **( )**Ensino fundamental completo **( )**Ensino médio incompleto **( )**Ensino médio completo **( )**Educação superior incompleto**( )**Educação superior completo **( )**Mestrado **( )**Pós-graduação |
| **Situação ocupacional:( )**Empregado **( )**Desempregado **( )**Empregador **( )**Autônomo **( )**Profissional Liberal **( )**1º emprego **( )**Aposentado |
| **Portador de Necessidades Especiais:** ( )Nenhuma ( )Física ( )Auditiva ( )Fala ( )Visual ( )Mental  |
| **Endereço:** |
| Rua:  | Nº:  |
| Bairro: | CEP:  |
| Cidade:  | Estado:  |
| Telefone Residencial: | Telefone Celular: |
| **Documentos:** |
| CPF: |
| Nº RG:  | Data Emissão: |
| Órgão Emissor:  | Estado Emissor: |
|  |
| **Nome da Mãe:**  |
|  Data de nascimento da Mãe: Local de Nascimento da mãe: |
| Telefone Fixo: Celular: |
| Nome do Pai:  |
| Telefone Fixo: Celular: |
|  |
| Em caso de acidente, a quem devemos avisar? Nome:  |
| Telefone Fixo: Celular: |
| Endereço: |
| Você possui algum Convênio Médico? ( ) Sim ( ) não. Qual? |
| Você já teve ou tem alguma doença que necessita cuidados especiais? ( ) sim ( ) não Qual? |
| Esta fazendo algum tratamento médico? ( ) sim ( ) não. Qual? Nome do Médico: Telefone:  |
| Costuma ter desmaios? ( ) sim ( ) não. O que fazer se isto ocorrer no SENAI? |