|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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? | | | | | |