



## SAÚDE

Possui convênio médico? ( ) Não ( ) Sim Qual?

Número da Carteirinha do Convênio:

Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número do Cartão do SUS:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

Tipagem sanguínea:

Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:

<input type="checkbox"/> Doença Renal (ou pedra nos rins)	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Hemofilia (ou dificuldade de	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enxaqueca
<input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Perda da consciência	<input type="checkbox"/> Bronquite	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Sangramento no nariz	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Gastrite	
<input type="checkbox"/> Outras: _____			
<input type="checkbox"/> Alergia: A que? _____			

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)
			<input type="checkbox"/> Sim ( ) Não
			<input type="checkbox"/> Sim ( ) Não

Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?

Em caso de emergência, entrar em contato com: \_\_\_\_\_ tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?

Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?

( ) Não ( ) Sim. Qual?

Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.

<input type="checkbox"/> Auxílio Ledor	<input type="checkbox"/> Leitura Labial	<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Guia Intérprete
<input type="checkbox"/> Auxílio Transcrição	<input type="checkbox"/> Prova em Braille	<input type="checkbox"/> Outro	

### DADOS DO CENSO

Utiliza transporte público gratuito? ( ) Não | ( ) Sim: ( ) Municipal ( ) Estadual

Tipo de veículo:

É transporte destinado exclusivamente para estudantes? ( ) Sim ( ) Não

### ESCOLARIDADE – Ensino Fundamental

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:

( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) \_\_\_\_\_

### ESCOLARIDADE – Ensino Médio

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:

( ) ENEM ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) \_\_\_\_\_

## ACESSO À INTERNET

Possui computador (desktop, notebook, netbook) na residência?

Sim, de uso individual |  Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência |  Não

Possui celular?

Sim, de uso individual |  Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência |  Não

Possui tablet?

Sim, de uso individual |  Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência |  Não

Possui conexão à internet na residência?

Sim |  Não

Possui plano de internet móvel (3G / 4G) no celular ou tablet?

Sim |  Não

## 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 e de acordo com o artigo 185, da Organização Didática do IFSP (Resolução CONSUP/IFSP nº 62/2018), que dispõe: “[...] **O cancelamento de matrícula compulsório deverá ser feito por iniciativa da instituição por [...] não comparecimento nos dez (10) primeiros dias letivos (quando ingressante) [...]**”.

## AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus Itaquaquecetuba, sediado na Rua Primeiro de Maio, n. 500, Bairro Estação, Itaquaquecetuba/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

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

Nestes termos pede deferimento,

Itaquaquecetuba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno/Responsável

### \*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.**