



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
IFMG - Campus Formiga
LEI Nº 11.892, DE 29/12/2008, PUBLICADA NO DOU DE 30/12/2008, SEÇÃO I, PÁGS. I - 3
Rua São Luiz Gonzaga, s/n - São Luiz - Formiga - MG - CEP: 35570-000 CNPJ: 10.626.896/0004-15
Tel.: (37) 3322-8432. Site: www.ifmg.edu.br/formiga

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Curso:	Matrícula:
Modalidade de Ensino: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Distância	Turno:
Aceito por: <input type="checkbox"/> Processo Seletivo <input type="checkbox"/> SISU	COTA:

Venho, respeitosamente, requerer junto ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, *Campus Formiga* a matrícula para o curso acima identificado, referente ao _____° semestre de 20____. Ademais, assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas e, para tanto, anexo a devida documentação comprobatória.

DADOS PESSOAIS

Nome:	Data de Nascimento:	
Faixa Etária: <input type="checkbox"/> Até 14 anos <input type="checkbox"/> de 15 a 17 anos <input type="checkbox"/> de 18 a 19 anos <input type="checkbox"/> de 20 a 24 anos <input type="checkbox"/> de 25 a 29 anos <input type="checkbox"/> de 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> de 40 a 49 anos <input type="checkbox"/> acima de 50 anos		
Nacionalidade:	Naturalidade:	UF:
Gênero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil:	Nº de filhos:	
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:
CPF:	Já fez algum curso no IFMG: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do pai:		Data de nascimento do pai:
Naturalidade do pai:		
Nome da mãe:		Data de nascimento da mãe:
Naturalidade da mãe:		Telefone:
Nome do responsável:		CPF Responsável:
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
Necessidades Educacionais Especiais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Surdo-cegueira <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Autismo		
<input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Altas habilidades / Superdotado <input type="checkbox"/> Baixa visão <input type="checkbox"/> Fala		
<input type="checkbox"/> Condutas típicas Especificar:		
<input type="checkbox"/> Outras Especificar:		
Necessita de Atendimentos Especiais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Alérgico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tipo Sanguíneo:		
Endereço:	Nº:	Compl:
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Telefone:	Celular:
E-mail:		



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
IFMG - Campus Formiga
LEI Nº 11.892, DE 29/12/2008, PUBLICADA NO DOU DE 30/12/2008, SEÇÃO I, PÁGS. I - 3
Rua São Luiz Gonzaga, s/n - São Luiz - Formiga - MG - CEP: 35570-000 CNPJ: 10.626.896/0004-15
Tel.: (37) 3322-8432. Site: www.ifmg.edu.br/formiga

DADOS ESCOLARES - ENSINO BÁSICO

Instituição:

Ano de conclusão:

Grau:

Procedência escolar: Municipal Estadual Federal Particular

Cidade: Estado:

Curso (caso seja técnico):

DADOS SOCIOECONÔMICOS

1- Antes de se matricular no IFMG, você estudou: sempre em escola pública parte em escola pública, parte em escola particular

parte em escola pública, parte em escola particular com bolsa escola particular com bolsa sempre em escola particular

2- Situação do pai: Presente Ausente Falecido

3- Grau de instrução: Analfabeto Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo Superior incompleto Superior completo

Outro Especificar:

4- Situação da mãe: Presente Ausente Falecida

5- Grau de instrução: Analfabeto Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo Superior incompleto Superior completo

Outro Especificar:

6- Você reside: com amigos com os pais em casa de estudantes com o cônjuge com a mãe com o pai

em pensionato Outro Especificar:

7- Residência: própria alugada pelos pais própria dos pais cedida alugada por você

8- Área de procedência: Urbana Rural 9- Renda familiar: quantidade de salário(s) mínimo(s)

10- Número de pessoas que compõem a família (inclusive você): 11- Você trabalha? Sim Não

Formiga, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) aluno(a) (Por extenso): _____

Assinatura do(a) responsável (Por extenso): _____

RCA: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS FORMIGA
COORDENADORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
como aluno(a) desta Instituição, responsabilizo-me pela dedicação às atividades programadas pela Instituição, comprometo-me a tomar conhecimento de todos os dispositivos do Regimento Interno, do Regimento de Ensino e do Código de Ética e Disciplina do Corpo Discente deste estabelecimento, bem como respeitá-los.

Comprometo-me ainda, a indenizar todo e qualquer dano que eu possa vir causar ao patrimônio deste estabelecimento ou de terceiros.

Formiga, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Aluno (por extenso)

Assinatura do Pai ou Responsável (por extenso)

DECLARAÇÃO RESPONSÁVEL ACADÊMICO

Eu, _____,

CPF nº _____, declaro que sou responsável pela matrícula do

candidato _____,

do curso Técnico Integrado em _____ e que estou ciente de

todas as informações prestadas nos formulários de matrícula.

Formiga, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Autorização de uso de imagem e voz

Eu, _____, CPF _____, autorizo, a título gratuito, o uso de imagem e voz, bem como das mensagens registradas no “chat” das salas de aulas virtuais, em aulas síncronas ou assíncronas e em todas as demais atividades realizadas pela Instituição durante o meu vínculo com o Curso.

Estou ciente de que as aulas/atividades gravadas poderão ser disponibilizadas em ambiente virtual de aprendizagem (AVA) adotado pelo Campus/Curso e que a decisão de exposição da imagem e voz colhidas nas aulas síncronas consiste no ato de ligar ou não a câmera e o microfone.

_____, ____/____/____

Assinatura do aluno ou responsável



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS FORMIGA
COORDENADORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

COMUNICADO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO DISCENTE EM RAZÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO CAMPUS FORMIGA

Prezados Discentes, Pais e Responsáveis Legais.

Vimos por meio deste comunicado, informar sobre o protocolo de assistência ao Discente a respeito de procedimentos a serem adotados, nos casos em que reportar problema de saúde nas dependências do IFMG - *Campus* Formiga.

O IFMG - *Campus* Formiga **não** dispõe de ambulatório, profissionais de saúde especializados e não possui condições de realizar transporte de discentes em situações de urgência e emergência médica, não sendo responsável por tal procedimento.

O discente com algum problema de saúde que não demande atendimento urgente deverá comunicar-se imediatamente com algum responsável legal ou familiar e solicitar que este se dirija ao *Campus* para lhe fornecer o devido suporte.

O discente que apresente problemas de saúde e necessite de auxílio poderá procurar atendimento na Sala C-13, localizada no primeiro andar do Bloco C. Em caso de ausência de servidores na Sala C-13, o discente deverá se dirigir preferencialmente à Diretoria de Ensino do *Campus*, localizada na Sala C-14 no Bloco C e em caso de impossibilidade de atendimento na Diretoria de Ensino, o discente deverá se dirigir ao setor administrativo mais próximo do qual se encontrar.

Sendo alguma situação de urgência e emergência, o servidor deverá acionar imediatamente o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou na impossibilidade deste, o Corpo de Bombeiros** e seguir as orientações repassadas pelos profissionais.

Concomitante ao contato com o serviço de atendimento de urgência será feito contato com o responsável legal ou pessoa devidamente designada pelo responsável pelo discente, informando sobre a ocorrência e solicitando o comparecimento deste ao local para o qual o discente será levado (tal como Hospital, Centro de Saúde, ou equivalente, se for o caso), ou ao IFMG - *Campus* Formiga.

Caso ocorra a necessidade de remoção do discente, em situação de urgências e emergências médicas, pelo SAMU ou Corpo de Bombeiros, o Assistente de Aluno irá acompanhar o discente menor ou maior inconsciente, e permanecerá com o mesmo por um período máximo de 2 (duas) horas, até a chegada de um responsável legal ou pessoa devidamente designada pelo responsável pelo discente.

Caso o SAMU ou o Corpo de Bombeiros não possa atender no momento, mas determine a necessidade de atendimento imediato do discente para um serviço de saúde especializado (Hospital



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS FORMIGA
COORDENADORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

ou órgão equivalente), os responsáveis legais ou pessoa devidamente designada pelo responsável pelo discente serão acionados, para providência da remoção do aluno.

Os discentes ou responsáveis legais, quando discentes menores, deverão, no ato da matrícula, fornecer os números dos telefones pessoal, dos responsáveis legais e pessoa devidamente designada pelo responsável pelo discente, para o devido contato nos casos de problemas de saúde ocorridos na dependência do *Campus*.

Como forma de atualizar os contatos, solicitamos que preencham as informações abaixo, juntamente com o termo de responsabilidade, ciência e compromisso sobre o protocolo exposto acima.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS FORMIGA
COORDENADORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

TERMO DE RESPONSABILIDADE, CIÊNCIA E COMPROMISSO.

Eu, _____, responsável legal pelo discente _____ regularmente matriculado no curso _____ do IFMG – *Campus* Formiga declaro ciência do Protocolo de assistência ao Discente a respeito de procedimentos a serem adotados em razão de problemas de saúde apresentados nas dependências da Instituição.

Declaro ainda reconhecer que a Instituição **não** dispõe de ambulatório, profissionais de saúde especializados e não possui condições de realizar transporte de discentes em situações de urgência e emergência médica, não sendo responsável por tal procedimento.

Comprometo-me a manter os números de contatos atualizados e dar o devido suporte caso seja contactado(a) por alguma necessidade de assistência médica para meu filho, enquanto estiver nas dependências do IFMG Campus Formiga e, em caso de urgências e emergências que necessitem de deslocamento até o hospital ou órgão equivalente, a comparecer ou enviar pessoa autorizada, o mais rápido possível, para assumir o acompanhamento.

Contato Discente, Pais e Pessoa designada (principalmente se os pais residirem em outra cidade):

Nome	Telefones	Grau de parentesco

Estou ciente de que, no cotidiano escolar, o discente será assistido pela equipe multidisciplinar de apoio ao estudante, conforme a necessidade apresentada.

Autorizo que o estudante receba atendimento psicológico, quando identificada possível demanda: () Sim () Não

Formiga, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Discente

Assinatura do Responsável Legal