



Requerimento de Matrícula CAI/CT/PCFP

401 - ITALO BOLOGNA

Av. Goiás, 139 - Centro - Itú. Telefone: (011) - 2396-1999

CURSO:

ALUNO:

CPF:	RG:	Data de Expedição:	Data de Nascimento:	Nº de Matrícula:
Endereço:			CEP:	
Bairro:		Município/UF:		
Tel. Residencial:	Tel. Comercial / Recado:	Celular:	Email:	

FILIAÇÃO

Nome do Pai:	Nome da Mãe:
--------------	--------------

ETNIA

<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Não Declarada
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> Altas Habilidades	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Múltipla	<input type="checkbox"/> Condutas Típicas
<input type="checkbox"/> Não Possui	<input type="checkbox"/> Outras Qual?	_____				

SITUAÇÃO OCUPACIONAL

<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Empregado sem Carteira	<input type="checkbox"/> Profissional Liberal
<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Empregado com Carteira	<input type="checkbox"/> Aposentado
<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Desempregado em busca do 1º emprego	

ESCOLARIDADE

Tipo de Ensino	Ano de Conclusão	Rede	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Senai	Nome da Escola	U.F.
			<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Sesi	<input type="checkbox"/> Particular		

Declaro estar ciente da minha obrigação de:

1. Atender as normas de Segurança do SENAI/SP;
2. Providenciar e utilizar em tempo integral os Equipamentos de Proteção Individual indicados pelo docente do curso;
3. Em caso de emergência/acidente meu atendimento deve ser direcionado para: SUS Convênio _____;
4. **ENTREGAR AO DOCENTE ATESTADOS MÉDICOS REFERENTE A EVENTUAIS FALTAS, NO PRAZO MÁXIMO DE 03 DIAS;**
5. **AUSÊNCIAS SUPERIORES À 03 DIAS, PODERÃO OCASIONAR O CANCELAMENTO DE NOVAS MATRÍCULAS.**

ITU - SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno

Assinatura do Pai ou Responsável, se Aluno Menor