



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UFPB**



**FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO**

**CURSO:** \_\_\_\_\_

<b>Portador de Deficiência:</b> Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) ( _____ )		<b>Tam/Camisa:</b> P ( <input type="checkbox"/> ) M ( <input type="checkbox"/> ) G ( <input type="checkbox"/> ) GG ( <input type="checkbox"/> )	
<b>Nome Oficial:</b> _____			
<b>Nome Social:</b> _____		<b>Gênero:</b> _____	
<b>Escolaridade:</b> _____		<b>Cor/Raça:</b> * ( _____ )	
<b>Ensino médio/Escola:</b> _____		<b>Ano de conclusão:</b> _____	
<b>Ensino superior:</b> _____		<b>Ano de conclusão:</b> _____	
<b>Início do curso na ETS:</b> ____ / ____ / ____ .		( <input type="checkbox"/> ) Ampla Concorrência - ( <input type="checkbox"/> ) Cotas	
<b>Renda Per Capita Familiar:</b> ( <input type="checkbox"/> ) 0 <RFP <= 0,5		( <input type="checkbox"/> ) 0,5 < RFP <= 1	( <input type="checkbox"/> ) 1 <RFP <= 1,5
( <input type="checkbox"/> ) 1,5 < RFP <= 2,5		( <input type="checkbox"/> ) 2,5 < RFP <= 3,5	
<b>Endereço permanente:</b> _____			
<b>CEP:</b> _____	<b>Bairro:</b> _____	<b>Cidade:</b> _____	<b>Fone:</b> _____
<b>Filiação: Pai:</b> _____		<b>Escolaridade:</b> _____	
<b>Mãe:</b> _____		<b>Escolaridade:</b> _____	
<b>Data de Nascimento:</b> _____		<b>Estado civil:</b> _____	
<b>Nacionalidade:</b> _____	<b>Naturalidade:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	
<b>Identidade n°:</b> _____	<b>Órgão expedidor:</b> _____	<b>Data:</b> _____	
<b>Carteira de reservista n°:</b> _____		<b>CPF n°:</b> _____	
<b>E-mail:</b> _____			
(*) Amarela, Branca, Parda, Preta, Indígena, Não declarada			



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**



**COMPROVANTE DE MATRÍCULA - Entregar na Coordenação do Curso**

Declaro que o(a) discente \_\_\_\_\_

efetuou matrícula no Curso Técnico em \_\_\_\_\_

no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da secretaria