



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

FOTO
3/4

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO

CURSO: _____

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

efetuiu matrícula no Curso Técnico em _____

no dia ____/____/20____.

Assinatura e carimbo da secretaria