

RA:

Nome:

Data de Nascimento:

**Dados Pessoais**

Data de Alteração:

Nome Social (DECR.55588/10):

Nome Afetivo (Lei Nº 16.785/18):

Sexo:

Raça/Cor:

Data de Nascimento:

E-mail:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Participa do Programa Bolsa Família:

Código Inep:

Nacionalidade:

Município de Nascimento:

Sigilo:

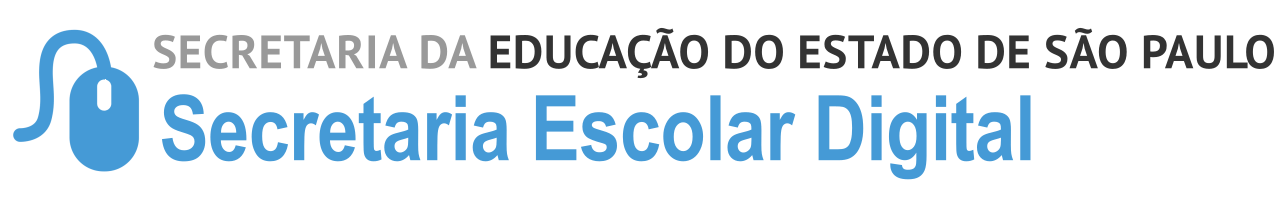
Quilombola:

**Documentos**

CPF:

RG: UF:

R.N.E:

Data Emissão RG/RNE:

NIS:

Data Entrada no Brasil:

Emis. Cert.:

Comarca Cert.:

Distr. Cert.:

Livro:

Folha:

Número:

**Deficiência**

Aluno Possui Necessidade Educacional Especial:

Recursos Necessários para a Participação do Aluno em Avaliações:

Profissional de Apoio Escolar:

Profissional de Saúde:

Mobilidade Reduzida:

**Endereço Residencial**

Endereço:

Zona:

CEP:

Cidade:

**Endereço Indicativo**

Endereço: N° -

CEP:

Cidade: -

**Telefones**