

DADOS CADASTRAIS DO ALUNO

Nome

Sexo

 Masculino Feminino

Cédula de Identidade

Órgão Expedidor

Data Expedição

Nome da Mãe

Nome do Pai

Data de Nascimento

CPF

Naturalidade

Nacionalidade

 Brasileira Outra:

Escola em que concluiu o Ensino Médio

Ano

Natureza da Escola

 Pública Privada

Possui Necessidades Especiais?

 Sim Não

Cor / Raça

 Não declarada Amarela Branca Indígena Preta Parda

Caso tenha respondido sim, indique a necessidade:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pessoa com mobilidade reduzida | <input type="checkbox"/> Pessoa cega |
| <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência física ou motora | <input type="checkbox"/> Pessoa surdocega |
| <input type="checkbox"/> Pessoa surda | <input type="checkbox"/> Pessoa com autismo |
| <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência auditiva | <input type="checkbox"/> Pessoa com Síndrome de Asperger |
| <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência visual (baixa visão) | <input type="checkbox"/> Pessoa com altas habilidades e/ou superdotação |
| <input type="checkbox"/> Deficiência múltipla. Qual: | <input type="checkbox"/> Outra. Qual: |
| <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual. Qual: | <input type="checkbox"/> |

Endereço

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone

E-mail

Observação!

Se o candidato for menor de idade, o responsável deverá preencher o verso desta ficha.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Aluno

DADOS CADASTRAIS DO RESPONSÁVEL

Nome do Responsável

Sexo

Cédula de Identidade

Órgão Expedidor

Data Expedição

 Masculino Feminino

Nome da Mãe do Responsável

Data de Nascimento

CPF

Naturalidade

Nacionalidade

 Brasileira Outra:

E-mail

Telefone

Grau de Parentesco

Endereço

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

O responsável acima descrito será responsável pelo pagamento das mensalidades?

 Sim Não

Caso a resposta tenha sido não, informe os seguintes dados:

Nome do Responsável Financeiro

Cédula de Identidade

Grau de Parentesco

Data de Nascimento

CPF

Nome da mãe do responsável

Endereço

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Eu, acima identificado (a), autorizo o (a) aluno (a), identificado no verso deste, a assinar semestralmente o Termo de Adesão ao Contrato de Prestação de Serviços Educacionais junto à Universidade Luterana do Brasil – ULBRA (art. 8º do CPC).

Outrossim, comprometo-me, desde já, a ser o responsável pelo pagamento das mensalidades do curso até a data em que o (a) referido (a) aluno (a) completar 18 (dezoito) anos de idade, ocasião em que será considerado plenamente capaz para exercer pessoalmente os atos da vida civil.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável Financeiro