



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
CAMPUS AVANÇADO CARMO DE MINAS
Alameda Murilo Eugênio Rubião, s/nº. – Chacrinha – CEP 37472-000 – Carmo de Minas – MG
(35) 9 9809-7953 www.cdm.ifsuldeminas.edu.br

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE MATRÍCULA

Eu, _____, RG nº _____, aluno (a) do curso _____, ano de ingresso _____, residente à _____, nº _____, bairro _____, cidade/UF _____, CEP _____, e-mail: _____, telefone: _____, venho requerer a **REATIVAÇÃO de matrícula**, no mencionado curso, a partir de _____.

Carmo de Minas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente ou Responsável

Para uso da Seção de Registros Escolares

() Deferido () Indeferido

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável

Declaro ter recebido resposta deste requerimento em caso de indeferimento em:

Data: ____/____/____

Assinatura do Requerente ou Responsável