

**REQUERIMENTO DISCENTE JUNTO A
COORDENAÇÃO DE APOIO AO ESTUDANTE**

NOME		CPF
MATRÍCULA	TELEFONE	E-MAIL
CURSO		TURMA/TURNO
ENDEREÇO (Rua, nº)		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO

Vem requerer ao Sr. Diretor IFBP-Campus Cajazeiras

Exame Oftalmológico e Óculos

Fardamento Escolar

Ajuda Financeira para Medicamento

Exames Médicos/Laboratórios

Outros: _____

Informações Adicionais:

Anexos:

Nestes termos pede deferimento.

Cajazeiras, PB, ___/_____/____

Assinatura do Requerente ou Responsável