

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Nome do aluno: _____

Data: ____/____/____ Curso: _____

1. Cor/Raça do aluno:

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Amarela |
| <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Não quis declarar |

2. Aluno com deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

2.1. Em caso de resposta afirmativa, marque o tipo de deficiência:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou baixa visão | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Surdez | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger |
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT |
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância |
| <input type="checkbox"/> Surdocegueira | <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ superdotação |
| <input type="checkbox"/> Múltipla | <input type="checkbox"/> Outros: |

3. Tipo de escola em que concluiu o Ensino Médio:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privado | <input type="checkbox"/> Pública |
|----------------------------------|----------------------------------|