

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 |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------|