

**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:**

- Sim  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:**

- Privado  Pública