



Protocolo n.º _____ / _____
Data _____ / _____ / _____
Funcionário _____

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE)

Ilmo (a) Sr. (a) Diretor (a) Manoel Rodrigues do Carmo Junior

Nome:				
Curso		Classe		Período

Solicito condições especiais de estudos (aprendizagem e avaliação) nos termos da Deliberação CEE nº 59/2006, Decreto-Lei 1044/69 e Lei 6.202/75, no período de ____/____/____ a ____/____/____, conforme atestado médico anexo. Indico _____, residente à _____, município de _____, telefone () _____, e-mail _____, para ser meu representante junto à Etec.

Ourinhos, _____ / _____ / _____
(ass. do aluno) (ass. do responsável pelo aluno)

Obs.: Não receber o requerimento sem o atestado médico e período.

PREENCHIMENTO DA ETEC

Coordenação (Pedagógica/Curso)

() Propomos o deferimento para o período de ____/____/____ a ____/____/____ tendo em vista que as condições de saúde apresentadas pelo(a) aluno(a) permitem a realização de atividades domiciliares e a continuidade dos estudos.

() O aluno deverá cumprir as atividades práticas do curso e submeter-se à avaliações, quando retornar às aulas, para concluir o módulo e garantir o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias ao exercício das respectivas responsabilidades profissionais, nos seguintes componentes curriculares: [\(consultar o Plano de Curso\)](#).

() Propomos o indeferimento. Motivo:

Direção	Aluno ou seu Representante
<p>() Deferido () Indeferido</p> <p>Encaminhe-se à Secretaria Acadêmica para:</p> <p>() Entregar uma via do Plano de Atividades ao representante indicado pelo aluno.</p> <p>() Registrar o período no Diário da Classe, na Ficha Individual do Aluno e na Lista Piloto.</p> <p>Data _____ / _____ / _____</p> <p align="center">(carimbo e ass. do Diretor)</p>	<p>Ciente:</p> <p>() do despacho do Diretor;</p> <p>() das exigências para conclusão da série/módulo</p> <p>() recebi nesta data o Plano de Atividades</p> <p>Data _____ / _____ / _____</p> <p align="center">(ass. do aluno ou seu representante)</p>

Protocolo nº _____ / _____	REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE)		
Nome do aluno(a)			
Curso	Classe	Data _____ / _____ / _____	
Período			
(ass. Funcionário)			