

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

REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO

| | | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Nome: _____ | Curso: _____ | Período: _____ | Módulo: _____ |
| Retido no _____ módulo do curso _____ solicita reclassificação nos termos do inciso II do Artigo 49 do Regimento Comum das Etecs do CEETEPS. | | | |
| Data: ____/____/20____ | | | |
| Assinatura do Aluno - (Telefone: _____) | | Assinatura do Responsável, se menor | |

| PREENCHIMENTO PELO ALUNO | PREENCHIMENTO DA ETEC (Secretaria Acadêmica) |
|--|--|
| Relacione os Componentes Curriculares nos quais está RETIDO : | Menções obtidas após as avaliações: |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |
| • | |

Os componentes curriculares relacionados pelo aluno conferem com os registrados na Ata do Conselho de Classe.

CLÁUDIA REGINA FERNANDES
Diretor de Serviço da Área Acadêmica

ALUNO OU RESPONSÁVEL, SE MENOR

Ciente. Declaro que recebi o(s) Programa(s) de Estudos de Reclassificação e a(s) data(s) da(s) Avaliação(ões).

Data: ____/____/20____

(Assinatura do Aluno ou Responsável, se menor)

CONSELHO DE CLASSE

O aluno foi avaliado e em face aos resultados obtidos propomos que a sua solicitação seja:

() Deferida e o aluno reclassificado para a _____ série do Ensino Médio ou para o _____ módulo do Curso Técnico em _____ . Obs.: _____

() Indeferida

Data: ____/____/____

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| _____ ass. professor | _____ ass. professor | _____ Cláudia Regina Fernandes |
| _____ ass. professor | _____ ass. professor | _____ (Coord. de Curso) |
| _____ ass. professor | _____ ass. professor | _____ Hermínia Rita Rosalem |
| _____ ass. professor | _____ ass. professor | _____ Manoel Rodrigues do Carmo Junior |

| Direção | Aluno ou Responsável, se menor |
|---|---|
| () Deferido, de acordo com o parecer da Comissão. | Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor. |
| () Indeferido. Motivo _____ | Data: ____/____/20____ |
| Data: ____/____/20____. | _____ (Assinatura do Aluno ou Responsável, se menor) |
| MANOEL R. DO CARMO JUNIOR | |

| | |
|------------------------------------|---|
| Protocolo n.º _____ / _____ | REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO |
| Nome: _____ | |
| Curso: _____ | Módulo: _____ |
| Data: _____ / _____ / _____ | |
| Assinatura / Carimbo Funcionário | |