

ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL ETEC PEDRO FERREIRA ALVES
REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|----------------------------|
| Nome | Curso | Período | Módulo/ Série |
| Retido no(a) _____ do _____ (nome completo do curso) solicita reclassificação nos termos do inciso II do Artigo 49 do Regimento Comum das Etecs do Ceeteps. | | | |
| Data: ____/____/____ | | Ass. aluno | Ass. responsável, se menor |

| PREENCHIMENTO PELO ALUNO | PREENCHIMENTO DA ETEC |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|
| | Secretaria Acadêmica |
| 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.

Debora Cristina Tarossi

RG: 40.246.084-4/SP

Diretora de Serviços 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: ____/____/____

(ass. do Aluno ou Responsável, se menor 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 (2ª ou 3ª) série do Ensino Médio/ETIM ou para o _____ módulo do Curso Técnico em _____.

Obs.: se for o caso complementar as informações, registrando PP.

() Indeferida

Data: ____/____/____

| | | |
|----------------|----------------|-----------------------------------------|
| ass. professor | ass. professor | ass. do Responsável pela Área Acadêmica |
| ass. professor | ass. professor | ass. Coord. de Curso |
| ass. professor | ass. professor | ass. Coord. Pedagógico |
| ass. professor | ass. professor | ass. do Diretor |

| Direção | Aluno ou Responsável, se menor |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| () Deferido, de acordo com o parecer da Comissão. () Indeferido. Motivo Data: ____/____/____ | Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor. Data: (dia/mês/ano) |
| André Luiz dos Santos RG: 27.081.317-2 Diretor de Escola | (ass. do Aluno ou Responsável, se menor) |