

**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL**  
DR CAROLINO DA MOTTA E SILVA

**REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO – DIGITAL**

**PREENCHER SOMENTE OS DADOS EM DESTAQUE AMARELO**

Nome	Curso	Período	Módulo/ Série
------	-------	---------	---------------

Retido no(a) módulo/série do CURSO ACIMA solicita reclassificação nos termos do inciso II do Artigo 49 do Regimento Comum das Etecs do Ceeteps.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome Responsável (se menor) (não é preciso assinar; enviar por e-mail para: [atendimento.secretaria047@etec.sp.gov.br](mailto:atendimento.secretaria047@etec.sp.gov.br)):

PREENCHIMENTO PELO ALUNO	PREENCHIMENTO DA ETEC
	Secretaria Acadêmica
componentes curriculares nos quais está retido:	Menções obtidas após as avaliações
<b>Justificar e continuar na página 2 (verso) se necessário</b>	
Os componentes curriculares relacionados pelo aluno conferem com os registrados na Ata do Conselho de Classe. Ass. Responsável pela 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)

**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/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 Resp. 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.	Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor.
( ) Indeferido. Motivo	Data: ____/____/____
Data: ____/____/____	
(carimbo e ass. do Diretor)	(ass. do Aluno ou Responsável, se menor)

	
Protocolo nº	<b>REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO</b>
Nome do aluno(a)	
Curso	Data / /
Classe/Período	(ass. Funcionário)

Continuação e Justificativa

