

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 (continua na página 2).

Data: ____/____/____

Nome Responsável (se menor) (enviar por e-mail para: e047.atendimento@etec.sp.gov.br):

PREENCHIMENTO PELO ALUNO	PREENCHIMENTO DA ETEC
	Secretaria Acadêmica
componentes curriculares nos quais está retido:	Menções obtidas após as avaliações
Justificar e continuar na página 2 (verso) se necessário	
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 _____	REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO
Nome do aluno(a) _____	
Curso _____	Data ____/____/____
Classe/Período _____	(ass. Funcionário) _____

Continuação e Justificativa

