

REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DOCENTE e / ou RESPONSÁVEIS – Altas Habilidades

Nome:	Curso:	Período:	Série:
Os docentes e/ ou Responsáveis do(a) aluno (a) da do curso solicitam a reclassificação nos termos da Resolução Semº 20/1998			
Data: _____		Ass. Aluno ou responsável, se menor	

componentes curriculares a serem avaliados na série	PREENCHIMENTO DA ETEC	
	Secretaria Acadêmica	

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 / M-TEC em (nome completo do curso).		
() Indeferida		
Data: (dia/mês/ano)		
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: (dia/mês/ano)	Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor. Data: (dia/mês/ano)
(carimbo e ass. do Diretor)	(ass. do Aluno ou Responsável, se menor)