

ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL ETEC MONTE MOR

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE/SERVIÇO MILITAR)

Ilmo (a) Sr. (a) Diretor (a) Wagner Jose da Silva

Nome:		
Curso:	Classe	Período
Solicito condições especiais de estudos (aprendizagem e avaliação) nos termos da Deliberação CEE nº 59/2006, Decreto-Lei 1044/69 e Lei 6.202/75, no período de ____/____/____ à ____/____/____, conforme atestado médico anexo. Indico _____, residente à Rua: _____, nº _____, município de _____, telefone _____, e-mail _____ para ser meu representante junto à Etec.		
Monte Mor, ____ / ____ / ____ (ass. do aluno) _____ (ass. do responsável pelo aluno)		
Obs.: Não receber o requerimento sem o atestado médico e período.		

PREENCHIMENTO DA ETEC	
Coordenação (Pedagógica/Curso)	
()	Propomos o deferimento para o período de ____/____/____ à ____/____/____, tendo em vista que as condições de saúde apresentadas pelo(a) aluno(a) permitem a realização de atividades domiciliares e a continuidade dos estudos.
()	O aluno deverá cumprir as atividades práticas do curso e submeter-se à avaliações, quando retornar às aulas, para concluir o módulo e garantir o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias ao exercício das respectivas responsabilidades profissionais, nos seguintes componentes curriculares: _____ _____ _____
()	Propomos o indeferimento. Motivo: _____ _____

Direção	Aluno ou seu Representante
() Deferido () Indeferido Encaminhe-se à Secretaria Acadêmica para: () Entregar uma via do Plano de Atividades ao representante indicado pelo aluno. () Registrar o período no Diário da Classe, na Ficha Individual do Aluno e na Lista Piloto. Data ____ / ____ / ____	Ciente: () do despacho do Diretor; () das exigências para conclusão da série/módulo () recebi nesta data o Plano de Atividades Data ____ / ____ / ____
(carimbo e ass. do Diretor)	(ass. do aluno ou seu representante)