



CENTRO PAULA SOUZA



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Protocolo n.º _____ / _____
Data _____ / _____ / _____
Funcionário _____

Etec Pe. Carlos Leônicio da Silva

COMUNICADO DE DESISTÊNCIA DO CURSO

Nome:					
Curso		Classe		Período	
Comunica que a partir desta data está desistindo da sua matrícula no curso acima mencionado por motivo de:					
Assinale o(s) com um X a causa da desistência					
<input type="checkbox"/>	Serviço militar	<input type="checkbox"/>	Doença		
<input type="checkbox"/>	Problemas de ordem pessoal	<input type="checkbox"/>	Qualidade das aulas		
<input type="checkbox"/>	Dificuldades em acompanhar o curso	<input type="checkbox"/>	Horário de trabalho incompatível com da escola		
<input type="checkbox"/>	Impossibilidade de conciliar o Ensino Médio com o Curso Técnico	<input type="checkbox"/>	Outros (especificar):		
Data _____ / _____ / _____			Assinatura do aluno ou Responsável		



Protocolo n.º _____ / _____	COMUNICADO DE DESISTÊNCIA DO CURSO				
Nome do aluno(a)					
Curso	Classe		Data	_____ / _____ / _____	
(ass. Funcionário)					

IMPORTANTE: Consideramos sua desistência temporária. Esperamos que retome seus estudos assim que puder!