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

ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL
PROFª MARIA CRISTINA MEDEIROS

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

Ilmo (a) Sr. (a) Diretor (a) Celia do Carmo Leandro

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 _____, conforme atestado médico anexo.

Indico _____, residente à _____, município de _____, telefone _____, e-mail _____, para ser meu representante junto à ETEC.

Ribeirão Pires, ____ / _____ / _____ _____ _____

(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 _____ 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 _____ / _____ / _____ (carimbo e ass. do Diretor)	Ciente: ( ) do despacho do Diretor; ( ) das exigências para conclusão da série/módulo ( ) recebi nesta data o Plano de Atividades Data _____ / _____ / _____ (ass. do aluno ou seu representante)

Protocolo nº	**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE/SERVIÇO MILITAR)**
Nome do aluno (a):	
Curso:	**Data** _____/_____/_____
Classe/Período:	(ass. Funcionário)