**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL**

DR CAROLINO DA MOTTA E SILVA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Protocolo n.º |  | / |  |
| Data |  | / |  | / |  |
| Funcionário |  |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO – IMPRESSO** |
| Nome | RM | 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):  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| ( |  | ) | Indeferido. Motivo |
| Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |
| (carimbo e ass. do Diretor) | (ass. do Aluno ou Responsável, se menor) |

**![MCBS00439_0000[1]]().................................................................................................................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **Protocolo nº**  | **Requerimento de RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO** |
| **Nome do aluno(a)** |
| **Curso**  | **Data / /** |
| **Classe/Período** | (ass. Funcionário) |

|  |
| --- |
| Continuação e Justificativa |