

**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL**  
 DR CAROLINO DA MOTTA E SILVA

**REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO – IMPRESSO**

|      |    |       |         |                  |
|------|----|-------|---------|------------------|
| Nome | RM | Curso | Período | Módulo/<br>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 |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
|   |                                    |
| <b>Justificar e continuar na página 2 (verso) se necessário</b>   |                                    |
| 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).<br>Data: ____/____/____<br><br>_____ (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.<br>Data: ____/____/____ |
| ( ) Indeferido. Motivo _____                       |   |
| Data: ____/____/____                               |   |
| (carimbo e ass. do Diretor)                        | (ass. do Aluno ou Responsável, se menor)  |



|                  |   |          |
|------------------|---|----------|
| Protocolo nº     | <b>REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO</b> |          |
| Nome do aluno(a) |   |          |
| Curso            |   | Data / / |
| Classe/Período   | (ass. Funcionário)  |          |

Continuação e Justificativa