|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo n.º | | (seqüência de três dígitos) | | | | | / |  |
| Data |  | | / |  | / |  | | |
| Funcionário | | (nome por extenso e rubrica) | | | | | | |

**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL** (nome completo da Etec e município, fonte arial 9, negrito)



|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | Curso | | | Período | Módulo/ Série |
| Retido no(a) (módulo/série) do (nome completo do curso) solicita reclassificação nos termos do inciso II do Artigo 49 do Regimento Comum das Etecs do Ceeteps.  Data: (dia/mês/ano) | | | | | | | |
|  |  | Ass. aluno | |  | Ass. responsável, se menor | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREENCHIMENTO PELO ALUNO** | **PREENCHIMENTO DA ETEC** |
| **Secretaria Acadêmica** |
| componentes curriculares nos quais está retido: | Menções obtidas após as avaliações |
| (relacionar os componentes curriculares nos quais ficou retido) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Os componentes curriculares relacionados pelo aluno conferem com os registrados na Ata do Conselho de Classe. | |
| nome/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: (dia/mês/ano) | | |
|  | | |
|  | (ass. do Aluno ou Responsável, se menor 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 (2ª ou 3ª) série do Ensino Médio/ETIM ou para o (2º/3º ou 4º) módulo do Curso Técnico em (nome completo do curso). Obs.: se for o caso complementar as informações, registrando PP. | | | | |
| ( ) Indeferida | | | | |
| Data: (dia/mês/ano) | | | | |
|  |  |  |  |  |
| ass. professor |  | ass. professor |  | ass. do Responsável 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: (dia/mês/ano) |
| ( |  | ) | Indeferido. Motivo | |
| Data: (dia/mês/ano) | | | |  |
| (carimbo e ass. do Diretor) | | | | | (ass. do Aluno ou Responsável, se menor) |

**MCBS00439_0000[1].................................................................................................................................................................**

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