|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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) |