

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

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

Ilmo (a) Sr. (a) Diretor (a) da Etec Orlando Quagliato

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 ___/___/___ à ___/___/___ (data de início e término do tratamento), conforme atestado médico anexo. Indico _____ (Nome completo do representante), residente à _____ (endereço completo), município de _____, telefone _____, e-mail _____ para ser meu representante junto à ETEC.

Cidade, _____ / _____ / _____ (ass. do aluno) (ass. do responsável pelo aluno)

O b s . : Não receber o requerimento sem o atestado médico ou sem indicação do CID e período.

PREENCHIMENTO DA ETEC

Coordenação (Pedagógica/Área)

() Propomos o deferimento para o período de ___/___/___ à ___/___/___ (data de início e término do tratamento) 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: (consultar o Plano de Curso).

() Propomos o indeferimento. Motivo:

Direção	Aluno ou seu Representante
() Deferido () Indeferido	Ciente:
Encaminhe-se à Secretaria Acadêmica para:	() do despacho do Diretor;
() Entregar uma via do Plano de Atividades ao representante indicado pelo aluno.	() das exigências para conclusão da série/módulo
() Registrar o período no Diário da Classe, na Ficha Individual do Aluno e na Lista Piloto.	() recebi nesta data o Plano de Atividades
Data _____ / _____ / _____	Data _____ / _____ / _____
(carimbo e ass. do Diretor)	(ass. do aluno ou seu representante)

Doc 21



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

Doc 21