

**ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL ALBERTO SANTOS DUMONT**
**REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO**

Nome	Curso	Período	Módulo/ Série
Retido no _____ módulo/série do curso _____ solicita reclassificação nos termos do inciso II do Artigo 49 do Regimento Comum das Etecs do Ceeteps.			
Data: ____/____/____		Ass. aluno _____ Ass. responsável, se menor _____	

PREENCHIMENTO PELO ALUNO	PREENCHIMENTO DA ETEC
	Secretaria Acadêmica
<b>Componentes curriculares nos quais está retido:</b>	<b>Menções obtidas após as avaliações</b>

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (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 \_\_\_\_\_ 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. do Responsável pela Área Acadêmica

\_\_\_\_\_  
 ass. do Diretor

\_\_\_\_\_  
 ass. Coord. Pedagógico

\_\_\_\_\_  
 ass. Coord. de Curso

\_\_\_\_\_  
 Assinatura Professores:

Direção	Aluno ou Responsável, se menor
( ) Deferido, de acordo com o parecer da Comissão.	Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor.
( ) Indeferido. Motivo _____	Data: ____/____/____
Data: ____/____/____	
(carimbo e ass. do Diretor)	(ass. do Aluno ou Responsável, se menor)