Protocolo SPdoc Nº _____/_____
Data: _____/_____/_____
Funcionário: _____

REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DOCENTE e / ou RESPONSÁVEIS – Altas Habilidades

Nome	Curso	Período	Série

Os docentes e/ ou Responsáveis do(a) aluno (a) _____
do _____ (módulo/série) do _____ (nome completo do curso) solicitam a reclassificação nos termos da Resolução Semº 20/1998

Data: _____/_____/_____

_____
Ass. Aluno ou responsável, se menor

componentes curriculares a serem avaliados na série	PREENCHIMENTO DA ETEC Secretaria Acadêmica
(relacionar os componentes curriculares da série atual do aluno	Menções obtidas após as avaliações

.

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 / M-TEC em_____ (nome completo do curso).

( ) Indeferida

Data: _____/_____/_____

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. ( ) Indeferido. Motivo: Data: _____/_____/_____	Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor. Data: _____/_____/_____
(carimbo e ass. do Diretor)	(ass. do Aluno ou Responsável, se menor)