

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

ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL DE MAUÁ
 Secretaria Acadêmica

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

Nome:				
Curso		Classe		Período
Solicito condições especiais de estudos (aprendizagem e avaliação) nos termos da Deliberação CEE nº 59/2006 e Decreto-Lei 1044/69, no período de ____/____/____ a ____/____/____, conforme atestado médico anexo. Indico _____, residente à _____, município de _____, telefone _____, e-mail _____ para ser meu Cidade, ____ / ____ / ____ (ass. do aluno) (ass. do responsável pelo aluno)				
Obs.: Não receber o requerimento sem o atestado médico ou sem indicação do CID e período.				

PREENCHIMENTO DA ETEC
Coordenação (Pedagógica/Área)

<input type="checkbox"/>	Propomos o deferimento para o período de ____/____/____ a ____/____/____ tendo em vista que as condições de saúde apresentadas pelo(a) aluno(a) permitem a realização de atividades domiciliares e a continuidade dos estudos.
<input type="checkbox"/>	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: _____
<input type="checkbox"/>	Propomos o indeferimento. Motivo: _____

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



Protocolo n.º _____ / _____	REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ESTUDO (ALUNO ENFERMO/GESTANTE)		
Nome do aluno(a)			
Curso	Classe	Data ____ / ____ / ____	
Período			
(ass. Funcionário)			