



Para uso da Coordenação:

ATESTADO ( )

PAGO ( )

RUBRICA:

## Requerimento de avaliações em atraso

**Preencher o requerimento, assinar e entregar na Coordenação em até 72h após o retorno às aulas.**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Turma: \_\_\_\_\_

Disciplina(s): \_\_\_\_\_

Professor(a): \_\_\_\_\_

Data da avaliação não realizada: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Trimestre: \_\_\_\_\_

Data de retorno do aluno: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apresentação de atestado médico: ( ) Sim ( ) Não

Nº de provas: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

- (1) O presente requerimento é obrigatório para a realização de avaliação em atraso para estudantes a partir do 6º ano.
- (2) As avaliações em atraso serão realizadas às sextas-feiras, conforme agendamento. Casos especiais serão resolvidos pela Direção.
- (3) A justificativa da ausência deverá ser preenchida pelos responsáveis. É obrigatória a apresentação de atestado médico, caso contrário será cobrada uma taxa de R\$50,00 por prova.

Veranópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
\*Estudante

\_\_\_\_\_  
Coordenação

Via do estudante

### COLÉGIO REGINA COELI Requerimento de avaliação em atraso

Nome completo: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Pago: ( ) Sim ( ) Não ( ) Atestado

#### DATA DE REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM ATRASO

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

Horário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Estudante

\_\_\_\_\_  
Coordenação