



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 pais. 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