

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO EXCEPCIONAL

Nome: _____ RGM: _____

Curso: _____ Unidade: _____

Ano Letivo: _____ Série: _____ Turno: _____

Solicitação:

Atendimento Excepcional conforme especificação abaixo por _____ (_____) dias, contados a partir de ____/____/____, de acordo com comprovante anexo.

Atividades Domiciliares - Gestante (atestado médico) – Lei n.º 6.202/75.

Atividades Domiciliares (atestado médico) – Decreto-Lei n.º 1.044/69.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) aluno(a)

Coordenador do Curso:

Atendimento excepcional não concedida por _____

Atendimento excepcional concedida por estar em conformidade com as legislações acadêmicas vigentes.

Data: ____/____/____

Assinatura sob carimbo

Secretaria Acadêmica:

Comunicado aos professores em ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura sob carimbo

Registrado SAU:

Data: ____/____/____

Assinatura sob carimbo