

REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO SUBSTITUTIVA

Ilma. Sra. Diretora,

Eu

responsável legal pelo (a) aluno (a)

matriculado (a) no

ano, do Ensino () Fundamental () Médio, no presente ano letivo, venho por este requerer de V.Sa. 2ª chamada da(s) seguinte(s) avaliação (ões):

- 1) Disciplina
- 2) Disciplina
- 3) Disciplina
- 4) Disciplina
- 5) Disciplina
- 6) Disciplina
- 7) Disciplina
- 8) Disciplina

Declaro que tenho conhecimento que o custo de cada avaliação/disciplina solicitada é de R\$ 40.00 (Quarenta Reais) e que o Atestado Médico somente justifica a ausência do referido aluno na(s) data(s) da(s) avaliação (ões) agendadas e não isenta o pagamento da 2ª chamada para avaliação(ões). A(s) avaliação(ões) substitutiva(s) será(ão) realizada(s) na(s) data(s) informada(s) no Calendário Escolar e que esta(s) data(s) poderá(ão) ser alterada(s) se razões assim justificarem e será(ão) publicada(s) no site do Colégio – www.colegiodominus.com.br . Nestes termos, peço deferimento.

São Paulo, de de 20__ .

Parecer da Direção/Coordenação:

Depto. Financeiro

Valor recebido em / / =R\$

Recebido por: