

## REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO SUBSTITUTIVA

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Claudia. 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\$ 60.00 (sessenta 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](http://www.colegiodominus.com.br) .

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

-----  
**Parecer da Direção/Coordenação:** \_\_\_\_\_

### Depto. Financeiro

Valor recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ = R\$ \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_