

REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO SUBSTITUTIVA

São Paulo, ____ de _____ de 2024.

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\$ 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 .

Nestes termos, peço deferimento.

Assinatura do responsável

Parecer da Direção/Coordenação: _____

Depto. Financeiro

Valor recebido em ____/____/____ = R\$ _____

Recebido por: _____