

REQUERIMENTO

AVALIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO OPCIONAL ____^a ETAPA - 2017

NOME DO(A) ALUNO(A): _____

SÉRIE : _____ **TURMA:** _____

Eu, _____, pai e/ou responsável pelo(a) aluno(a) acima discriminado(a), solicito, junto à Secretaria do CAOP, que seja (m) confeccionada (s) a (s) Avaliação (ões) de Recuperação Opcional de Etapa na(s) disciplina(s) abaixo relacionadas.

<input type="checkbox"/>	Português/ Literatura
<input type="checkbox"/>	Matemática
<input type="checkbox"/>	História
<input type="checkbox"/>	Geografia
<input type="checkbox"/>	Ciências
<input type="checkbox"/>	Inglês
<input type="checkbox"/>	Espanhol

<input type="checkbox"/>	Arte
<input type="checkbox"/>	Ed. Religiosa
<input type="checkbox"/>	Física
<input type="checkbox"/>	Química
<input type="checkbox"/>	Biologia
<input type="checkbox"/>	Sociologia
<input type="checkbox"/>	Filosofia

Declaro estar ciente das normas que regem o processo de Recuperação de Opcional de Etapa.

Ouro Preto, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Pai e/ou Responsável