



REQUERIMENTO DE ALUNOS

CEFET-MG

Secretaria de Registro e Controle Acadêmico

REQUERIMENTO Nº: ____ / ____	CURSO:
------------------------------	--------

Nome:

Matrícula:	E-mail:
------------	---------

Telefone fixo:	Celular:
----------------	----------

O aluno abaixo assinado requer:

- Declaração de frequência às aulas – preencher campo **A**
- Declaração de realização de provas – preencher campo **B**
- Outros – preencher campo **C**

A. Declaração de frequência às aulas (mínimo de 02 disciplinas)

1) Declaro que o(a) aluno(a) acima identificado está regularmente frequente às aulas da disciplina: _____
Semestre/Ano: _____

Nome do professor (legível): _____
_____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do professor

2) Declaro que o(a) aluno(a) acima identificado está regularmente frequente às aulas da disciplina: _____
Semestre/Ano: _____

Nome do professor (legível): _____
_____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do professor

B. Declaração de realização de provas

Declaro que o(a) aluno(a) acima identificado compareceu no dia ____/____/____ à realização de atividade avaliativa da disciplina: _____

Nome do professor: _____
_____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do professor

C. Justificativa ou informações adicionais

Data: ____ / ____ / ____

Se necessário, utilize o verso.

Assinatura do Aluno

Assinatura do Funcionário