



() SEDE () Classe descentralizada: _____

() ENS. MÉDIO () ETIM _____

() pré-aula () pós-aula

() MODULAR _____

TURMA () inteira () metade () 1º bloco () 2º bloco

PROFESSOR TITULAR: _____

PROFESSOR RESPONSÁVEL PELA REPOSIÇÃO: _____

SÉRIE/ MÓDULO	COMPONENTE CURRICULAR	DATA FALTA	TOTAL AULAS AUSENTE	MOTIVO FALTA*	DATA REPOSIÇÃO	DIA DA SEMANA REPOSIÇÃO	HORÁRIO às	TOTAL AULAS REPOSIÇÃO	CONTEÚDO

*MOTIVO DA FALTA: 1.Absentismo; 2. Atestado médico (01 dia); 3. Licença médica (02 a 15 dias); 4. Licença Médica (16 ou mais); 5. Licença gestante ; 6. Outros: _____

São Paulo ____/____/____ Ass. Professor _____	Competências/Habilidades:
--	---------------------------

<p>Confirmando que há compatibilidade entre o horário de trabalho do professor responsável e o da reposição respectiva. Responsabilizo-me pelas informações prestadas no presente quadro de reposições.</p> <p>São Paulo, ____/____/2016 _____ Ass. Carimbo Coordenador de Curso</p> <p>Reposição conforme acima especificado para cumprimento dos dias letivos e carga horária.</p> <p>De acordo com o conteúdo.</p> <p>São Paulo, ____/____/2016 _____ Ass. Carimbo Coordenador Pedagógico</p>	<p>Declaro ter conferido o formulário</p> <p>São Paulo, ____/____/2016 _____ Ass. Carimbo Dir. Serviços Adm.</p> <p>Autorizo o pagamento das reposições acima especificadas, observadas as disposições legais.</p> <p>São Paulo, ____/____/2016 _____ Carimbo e assinatura Diretor U.E.</p>	<p>Anexo IV</p> <p>Lançado em: ____/____/____</p> <p>Por: _____</p> <p>Ass. Carimbo responsável</p>
--	---	---