



REPOSIÇÃO DE PROVA - 2019 () Parcial - () Trimestral - () Integrada - () Simulado

Aluno (a): _____ Ano Escolar: _____ Ensino: _____

Disciplina: _____ Professor (a): _____

Data em que foi aplicada a Prova: ____/____/____

Data da Reposição de Prova: ____/____/____ Horário: _____

Taxa: (Parcial/Trimestral) R\$ 70,00 (Setenta Reais)

(Integrada/Simulado) R\$ 100,00 (Cem Reais)

Observações:

- *Esta solicitação está condicionada à justificativa da falta, através de Atestado Médico ou carta dos responsáveis à Direção da Escola;*
- *O (a) aluno (a) deverá comparecer uniformizado (a).*

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Aluno (a)

Assinatura do Responsável