



CEEPRO
Visconde de São Leopoldo

Centro Estadual de Educação Profissional Visconde de São Leopoldo

TERMO DE CIÊNCIA

Eu _____,
RG _____ CPF _____ responsável pelo aluno

curso _____ estou ciente
que:

❖ **BENS MATERIAIS,**

que bens materiais (notebook, celular, roupa, calçados, pertences pessoais entre outros) **são de responsabilidade exclusiva do aluno**. A escola não ressarcirá de nenhum modo perda, roubo ou extravio de qualquer material do gênero.

❖ **AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM,**

autorizo, de forma gratuita, o uso de imagens do aluno para serem utilizadas de modo não comercial e sem fins lucrativos, em suas atividades de ensino, pesquisa, formação e publicação.

❖ **MANUAL DE NORMAS,**

declaro que recebi, li e estou ciente do Manual de Normas de Convivência Escolar desta escola.

❖ **CONCLUSÃO DOS CURSOS TÉCNICOS INTEGRADOS AO ENSINO MÉDIO,**

Conforme Pareceres 255 e 256 e Regimento Escolar aprovado pelo Conselho Estadual de Educação em de 26/03/2014 a Unidade de Ensino Estadual Visconde de São Leopoldo do CEEPRO Visconde de São Leopoldo torna público e para ciência dos pais, responsáveis e alunos matriculados o que segue:

* pág. 42, item 4.1 - Estágio Curricular Obrigatório Supervisionado:

“...deverá realizar o estágio após concluir o curso técnico conforme Parecer nº 16 do CNE e Lei nº 11.788 de 23/09/2008”;

* pág. 75, item 9 – Certificados e Diplomas:

“O aluno que conclui o curso recebe Diploma de Técnico... realizada na forma integrada ao Ensino Médio acompanhado do respectivo Histórico Escolar...”.

Portanto, o aluno só receberá certificado de conclusão e diploma, após concluir todas as etapas do estágio.

Assinatura Responsável legal: _____

São Leopoldo, ____/____/____



CEEPRO
Visconde de São Leopoldo

Centro Estadual de Educação Profissional Visconde de São Leopoldo

FICHA DE SAÚDE

Senhores Pais:

Informamos que será exigido uma avaliação médica, com apresentação de laudo, para o aluno que apresentar alguma irregularidade orgânica, problema de saúde que invalide a prática de Educação Física, necessite de Acompanhamento Especializado ou Sala de Recursos.

Solicitamos aos senhores pais ou responsáveis legais o preenchimento dos dados adicionais abaixo, bem como a entrega de laudo com CID se necessário, até a data estipulada.

Nome do Aluno: _____

Série: _____ Turma: _____ Ano: _____

01. Possui doença crônica? () Sim Não()

Qual? _____

02. Há registros de Asma ou Bronquite? () Sim Não()

03. Há registros de outras alergias? () Sim Não()

Qual? _____

04. Já teve Fraturas? () Sim Não()

Qual? _____

05. Faz algum tratamento médico, ou possui necessidade especial? () Sim Não()

Qual? _____

06. Já fez alguma cirurgia? () Sim Não()

Qual? _____

07. Está impedido de fazer algum esforço físico? () Sim Não()

Qual? _____

08. Tem algum problema ortopédico? () Sim Não()

Qual? _____

Trazer laudo com CID, até dia:...../...../.....

Declaro que me (minha) Filho (a) está apto (a) para a prática de Educação Física.

Data ____/____/____ Assinatura Responsável legal: _____