

**REQUERIMENTO**

REQUERIMENTO N°: \_\_\_\_\_

Nome:	CPF:
Curso:	Ingresso:
Requerimento: DISPENSA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Professor(a):	
Motivo da Solicitação:	
<input type="checkbox"/> Jornada de trabalho igual ou superior a seis horas <input type="checkbox"/> Maior de trinta anos de idade	
<input type="checkbox"/> Prestando serviço militar inicial <input type="checkbox"/> Tem prole	
<input type="checkbox"/> Problema de Saúde (decreto-lei 1.044 de 21/10/1969)	
Justificativa:	
_____ _____ _____ _____	
Documento em anexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Macapá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno(a) ou Requerente  
(para uso do setor de destino do requerimento)

**PARECER**

DEFERIDO  INDEFERIDO

Justificativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Macapá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Carimbo/Assinatura: