



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS  
COLEGIADO DO CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

## FORMULÁRIO DE RETIFICAÇÃO DE MATRÍCULA

Aluno:			
Matrícula:			
E-mail:			
Telefone contato:		Código Curso:	Versão:
CURSO:			FINALISTA: SIM ( ) NÃO( )
Solicita _____ na disciplina abaixo relacionada por entender que sua situação se enquadra no art. 17 da Resolução nº 58/2008-CEPE.			
Código da disciplina	Turma	Nome da disciplina	Horário:
<u>Justificativa do aluno:</u>			
_____			
assinatura do aluno			
<b>PARA SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA</b>			
Para opção matrícula é necessário autorização (campo abaixo) do professor que ministra a disciplina, e caso haja necessidade de aumentar vagas na disciplina também será necessário autorização do chefe do departamento. A responsabilidade do contato com o professor e com o departamento para pegar autorização será inteiramente do aluno.			
Parecer do Professor que ministra a Disciplina		Parecer do Departamento	
_____		_____	
Assinat. do Professor		Assinatura do Departamento	
<u>Parecer do Colegiado de Curso</u>			
_____			
Assinatura do Coord. do Colegiado de Curso			
Indeferido ( )			
Deferido ( )			