

ALTERAÇÃO DE MATRÍCULA
Mudança de Curso / Pedido de Equivalências

Exma. Sra.

Diretora do Agrupamento de Escolas de Valongo

Eu, _____ (nome do Enc. de Ed.), portador(a) do Bilhete de
Identidade / Cartão do Cidadão n.º _____, Encarregado(a) de Educação do(a)
aluno(a) _____ (nome do aluno) do ____ ano, turma _____, do Curso
_____, vem requerer a V.Ex.^a a transferência para o Curso
_____, em virtude de (indicar o motivo do pedido)

e solicitar as equivalências a que tem direito.

Pede deferimento,

_____, ____ de _____ de 20__

(assinatura do E.E. ou do aluno quando maior de 18 anos)**Informação Serviços Administrativos**

O(A) funcionário(a)

em, ____/____/20__

Despacho da Diretora

Deferido _____

Não Deferido _____

A Diretora

em, ____/____/20__