

**ALTERAÇÃO DE MATRÍCULA
Mudança de Curso / Pedido de Equivalências**

Exma. Sra.

Diretora do Agrupamento de Escolas de Valongo

Eu, _____ (nome do/a Enc. de Ed.), portador/a do Bilhete de
Identidade / Cartão do Cidadão n.º _____, Encarregado/a de Educação do/a aluno/a
_____ (nome do/a aluno/a) 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/a E.E. ou do/a aluno/a quando maior de 18 anos)**Informação Serviços Administrativos**

O/A funcionário/a

em, ____/____/20__**Despacho da Diretora**

Deferido _____

Não Deferido _____

A Diretora

em, ____/____/20__