



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

# **FORMULÁRIO DE RETIFICAÇÃO DE MATRÍCULA**

<b>Aluno:</b>			
<b>Matrícula:</b>			
<b>E-mail:</b>			
<b>Telefone contato:</b>		<b>Código Curso:</b>	
<b>CURSO:</b>			<b>FINALISTA: SIM ( ) NÃO( )</b>

**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:

### **Justificativa do aluno:**

## **assinatura do aluno**

## **PARA SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA**

**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
<hr/> <b>Assinat. do Professor</b>	<hr/> <b>Assinatura do Departamento</b>

## **Parecer do Colegiado de Curso**

---

Assinatura do Coord. do Colegiado de Curso

## **Indeferido ( )**

**Deferido ( )**