|  |
| --- |
| **FICHA DE CONTROLE E VALIDAÇÃO DEATIVIDADES COMPLEMENTARES** |
| **NOME DO(A) ALUNO(A):** |
| **CURSO SÉRIE:** |
| **PERÍODO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ SEMESTRE DE 20\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGA HORÁRIA TOTAL A SER CUMPRIDA NO CURSO** |  **horas** |
| **CARGA HORÁRIA JÁ CUMPRIDA NO(S) SEMESTRE(S) ANTERIOR(ES)** |  **horas** |
| **SALDO A CUMPRIR**  |  **horas** |

**ATIVIDADES COMPLEMENTARES REALIZADAS NO SEMESTRE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **TIPO E TÍTULO DA ATIVIDADE** | **DATA REALIZAÇÃO** | **COMPROVANTE** | **NOTA** | **CARGA REALIZADA** | **VALIDADA POR** | **SALDO A CUMPRIR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAIS** |  |  |  |  |  |  |
|  | **NOTA MÉDIA** |  |  |  |  |  |  |