ANEXO II

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

 DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO................

ESCOLA ESTADUAL .................

***Controle de Reposição de Faltas (Período – 08, 15 a 17 e 28 a 31/3; 28/04; 15/09; 27/10 e 10/11/2017)***

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | RG: |
| Escola: |
| Diretoria de Ensino: |
| Ausências a repor: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Data da Reposição | Quantidade Reposta | Docente Substituído | Natureza da Falta do Substituído |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Docente

De acordo, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor de Escola