\*\* Sugestão

**MATRIZ CURRICULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIMBRE DA ESCOLA** | Dados da escola:  Nome  Endereço completo  Telefone/e-mail  Ato de autorização do curso |

**Parte superior do formulário**

**Ano Letivo:**2019

**Diretoria de Ensino da Região de** Capivari

**Tipo de Ensino:**Ensino Médio

**Fundamento Legal:**LDB 9394/1996; Resolução CNE/CEB nº 02 de 30/01/2012

**Módulo:**40 Semanas

**Período:** xxxxx

**Duração das aulas:** xxxxxx

**Tempo destinado ao intervalo:** xxxxxx **minutos**

**Quantidade de aulas/dia:** xxxxxx minutos

**Turno** –**Horário** – xxxxxxxx

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Base Nacional Comum** | **Áreas de Conhecimento** | **Componente curricular** | **Séries/aulas** | | |
| 1ª Série | 2ª Série | 3ª Série |
| *Linguagens e suas tecnologias* | Língua Portuguesa | X | X | X |
| Arte | X | X | X |
| Educação Física | X | X | X |
| *Matemática e suas tecnologias* | Matemática | X | X | X |
| *Ciências da Natureza e suas tecnologias* | Fisica | X | X | X |
| Quimica | X | X | X |
| Biologia | X | X | X |
| *Ciências Humanas e Socias aplicadas* | História | X | X | X |
| Geografia | X | X | X |
| Filosofia | X | X | X |
| Sociologia | X | X | X |
| **Total de aulas – Base Nacional Comum** | | X | X | X |
| **Parte Diversificada** | Lingua Inglesa | | X | X | X |
| xxxxxxxx | | X | X | X |
| xxxxxxxx | | X | X | X |
| **Total de aulas – Parte Diversificada** | | | X | X | X |
| Total semanal de aulas do curso | | | X | X | X |
| Total anual de aulas do curso | | | X | X | X |
| **Carga horária total anual do curso (horas)** | | | X | X | X |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome  RG  Diretor de Escola  Data: ----/---/2019 | Pela homologação Nome  RG  Supervisor de Ensino  Data: ----/---/2019 | Homologo  Nome  RG  Dirigente de Ensino  Data: ----/---/2019 |