PROGRAMA ENSINO INTEGRAL

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Educação

Parecer sobre PEI – Programa Ensino Integral

Parecer do(a) Diretor(a)

Diretoria de ensino:		Data:
Nome da escola:		
Município:		
Nome do(a) diretor(a):		
Carga horária prevista:	( ) único turno diário de 9H ( ) dois turnos diários de 7h	
Parecer final (assinale com um "X")	( ) Favorável	( ) Desfavorável

Justificativa

Assinatura do(a) Diretor(a): _____