CURSO DE HISTÓRIA – ATIVIDADES COMPLEMENTARES

NOME DO ALUNO: _____ Nº DE MATRICULA_____

TERMO/TURNO:_____ HORAS CUMPRIDAS_____

DATA OU PERIODO	Nº DE HORAS	ATIVIDADES	Nº DE HORAS VALIDADAS PELO C.C.H.	OBSERVAÇÕES

CURSO DE HISTÓRIA – ATIVIDADES COMPLEMENTARES

DATA OU PERIODO	Nº DE HORAS	ATIVIDADES	Nº DE HORAS VALIDADAS PELO C.C. H	OBSERVAÇÕES
TOTAL HORAS				

_____ _____

Ass. Do Aluno Data ___/____/____ **Ass. Profº Responsável** Data __/___/____