



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS SABARÁ
GABINETE DA DIREÇÃO GERAL

Endereço provisório: Av. Serra Piedade, 299, bairro Morada da Serra, CEP 34.515-640, Sabará – MG

Termo de reposição de aula

TERMO DE REPOSIÇÃO DE AULA	
Nome do professor	
Disciplina	Curso
Período da ausência	____/____/____ a ____/____/____. N° de aulas: ____
Motivo da ausência	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Conteúdo/ atividade a ser repostada	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Data da reposição	____/____/____; ____/____/____; ____/____/____
Assinatura do professor	
Ciência da coordenação	