



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA



REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES
(Res. 29/2020 – Título XII – Capítulo IV, art. 92)

FORMULÁRIO

Sr.(ª) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia,

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Fisioterapia, sob matrícula _____, e-mail _____, venho requerer a concessão de Regime de Exercícios Domiciliares, conforme motivo assinalado e documentação comprobatória em anexo, nas disciplinas abaixo relacionadas.

MOTIVO
<input type="checkbox"/> Aluna gestante, durante 90 (noventa) dias, a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, desde que comprovado por atestado médico;
<input type="checkbox"/> Aos responsáveis legais adotantes, durante 90 (noventa) dias, a partir da data da guarda, desde que comprovada por decisão judicial;
<input type="checkbox"/> Estudante portador de afecção que gera incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares, desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes;
<input type="checkbox"/> Ao discente para acompanhar parente de 1º grau, em casos de doenças graves comprovadas por atestado médico;
<input type="checkbox"/> Participante de congresso científico, competições artísticas ou desportivas, de âmbito regional, nacional e internacional, desde que registrados como participantes oficiais.

DISCIPLINAS EM CURSO	CÓDIGO	PROFESSOR(A)	TURMA	HORÁRIO

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)