FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE IBITINGA

PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

NOME DO ALUNO (A) _____ R. A. _____

ANO ____ SEMESTRE ___ E-MAIL _____

NOME DA ESCOLA ESTAGIADA_____

NOME DO DIRETOR DA ESCOLA _____

NOME DO SUPERVISOR DO ESTÁGIO NA ESCOLA _____

CARGO DO SUPERVISOR DO ESTÁGIO NA ESCOLA _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO
(X) Obrigatório ( ) Não Obrigatório

Data de início do Estágio_____ Data Prevista para Término do Estágio_____

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ATIVIDADE	OBJETIVO	PERÍODO PREVISTO	
		INÍCIO	TÉRMINO

_____ _____
ASS. ESTAGIÁRIO (A) ASS. DO DIRETOR DA ESCOLA

PARECER DO ORIENTADOR
PLANO APROVADO ( )
PLANO REPROVADO ( ) – Motivo _____

____/ ____/ ____ _____
ASS. ORIENTADOR DE ESTÁGIO