|  |
| --- |
| **Solicitação de Quebra de pré-requisito e/ou co-requisito**  À Coordenação do Curso de Fisioterapia e Colegiado do Curso |

|  |
| --- |
| Nome: |
| GRR |
| E-mail: |

|  |
| --- |
| Venho solicitar quebra de pré-requisito e/ou co-requisito da disciplina: |
|  |
| Cujos pré-requisitos (co-requisitos) que não possuo são: |
|  |
|  |
|  |
| Justificativa ou motivo da solicitação: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Assinatura do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_