

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Diretor (a) da Escola

Eu, _____, Diretor(a)
da Escola _____, autorizo o(a)
acadêmico(a) _____,
matrícula nº _____, a realizar Estágio Supervisionado ____:
_____ - MEN119____, disciplina obrigatória do Curso
de Pedagogia - Licenciatura Plena / Noturno, em nossa instituição, localizada no
município de _____.

Local, Data

Diretor (a) da Escola