

TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Nome da Escola Estagiada (Concedente): _____

Nome do Diretor (a): _____

Nome da Instituição de Ensino (Interveniente): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ibitinga

Nome do Aluno (Estagiário): _____

Registro Acadêmico (R. A.): _____ **Ano:** _____ **Semestre:** _____

Curso: Graduação em Pedagogia - Licenciatura

1- Período de Estágio: ____/____/____ a ____/____/____

2- Atividades Desenvolvidas: observação e caracterização do espaço escolar e de sala de aula; problematização da prática educativa; participação em atividades da escola e de sala de aula; atuação em sala de aula.

3- Horas de Estágio Supervisionado cumpridas na unidade escolar:

Total: _____

4- Desempenho do Estagiário (a):

() Plenamente Satisfatório

() Satisfatório

() Insatisfatório

_____, ____/____/____

Assinatura do (a) Diretor (a)

Observação: O carimbo da Escola e do (a) Diretor (a) é obrigatório.