



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CAMPUS VILA VELHA

Avenida Ministro Salgado Filho, Nº 1000 – Soteco – 29106-010 – Vila Velha – ES  
COORDENADORIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E EXTENSÃO COMUNITÁRIA - (27) 3149-0798

### CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA

#### CONTROLE DE COMPARECIMENTO DO(A) ESTAGIÁRIO(A) À ESCOLA

Foto 3 x 4

Estagiário(a):

Ano:  Semestre:

Nome da Escola Campo:

Horas previstas na Escola Campo:

Endereço:

Telefones:

Data e Nº de horas	Local	Atividades Desenvolvidas: Especificar a atividade (explanção de conteúdos, experiências, visitas, etc) com lançamento do tema central	Assinatura do professor ou responsável pela atividade
Data: ___/___/___ Nº de horas:			
Data: ___/___/___ Nº de horas:			
Data: ___/___/___ Nº de horas:			
Data: ___/___/___ Nº de horas:			
Data: ___/___/___ Nº de horas:			



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CAMPUS VILA VELHA

Avenida Ministro Salgado Filho, Nº 1000 – Soteco – 29106-010 – Vila Velha – ES  
COORDENADORIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E EXTENSÃO COMUNITÁRIA - (27) 3149-0798

<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			
<b>Data:</b> __/__/__			
<b>Nº de horas:</b>			

**Total de horas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data e Assinatura do(a) aluno(a)

\_\_\_\_\_  
Data, Assinatura e carimbo do Diretor da  
Escola (nº do Registro no MEC)

\_\_\_\_\_  
Professor(a) Orientador Ifes

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a) do Curso de Licenciatura  
em Pedagogia