



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – UnB

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

Nome:
E-mail:

Matrícula:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA

Nome:
Docente:

Código:
Turma:

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE SOLICITAÇÃO

Solicito à Faculdade de Educação da Universidade de Brasília o regime de exercícios domiciliares, pelo motivo abaixo (Conforme Resolução 07/2023):

- () Estudante em estado de gravidez e seu/sua cônjuge/companheiro/a, a partir do oitavo mês de gestação e até seis meses após o parto.
- () Estudante em licença-adoptante e seu/sua cônjuge/companheiro/a, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero, até seis meses após a adoção.
- () Portador de afecções congênitas ou adquiridas, infecções ou outras condições mórbidas, em tempo não superior a 120 dias corridos.
- () Traumatismo caracterizados por incapacidade física relativa, incompatível com a frequência às atividades acadêmicas, em tempo não superior a 120 dias corridos.
- () Discente acompanhante de parente de 1º grau com doenças graves, em tempo não superior a 120 dias.

LAUDO MÉDICO:

Atesto que examinei o(a) estudante e que ele(a) se encontra incluído(a) na condição acima descrita.

Brasília, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do médico e carimbo (CRM)

Assinatura do estudante