



ESTUDANTE / ESTAGIÁRIO(A)		
Nome:	Curso:	Matrícula:
CPF:	Semestre	Telefone:
Supervisor:		

PERÍODO		CARGA HORÁRIA		SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS
		MÁXIMA		Total Carga Horária
		Diária	Semanal	
Segunda a Sexta-feira		06 h	30 h	xh

OBS: Não devem ser realizados em feriados, sábados e domingos (nestes casos, analisar/observar junto ao(a) supervisor(a) e docente a importância para o aprendizado).

DI A	DATA	HORÁRIO		CARGA HORÁRIA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	ASSINATURA DO(A) ESTUDANTE
		MANHÃ	TARDE			
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO
CONTROLE DE FREQUÊNCIA EM ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO

26					
27					
28					
29					
30					
31					
Total:					

Local: _____-BA, ____/____/_____.

Visto do(a) **Supervisor(a) Técnico(a) / Carimbo**