FAC SÃO ROQUE

NÚCLEO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

RELATÓRIO DE VISITA ORIENTADA

Dados do Aluno

Nome: _____

RA: _____ Curso: _____

Disciplina: _____

Professor: _____

Local: _____

Endereço: _____

Data: _____ /_____/_____ Horário: _____

Relatório/Descrição da Visita

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura do Aluno

Para uso do Professor Orientador de Atividades Complementares:

Carga Horária Cumprida: _____

Visto e Carimbo do Professor - NAC

Carimbo e Assinatura
Professor Responsável - Visita Orientada