**EXCELENTÍSSIMA SENHORA PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE
EDUCAÇÃO (CEE)**

_____, responsável pelo (a) aluno (a)
_____, este (a) residente na
_____, nº _____, Complemento:
_____, Bairro: _____, CEP: _____-_____, cidade
_____, Estado: _____, Fone : () _____,
e-mail _____ vem, com o devido respeito, solicitar
a V. Exa. a equivalência dos estudos realizados pelo (a) referido (a) aluno (a)
no (a) _____, na cidade de
_____, Estado: _____, País:
_____, no período de _____ a _____, para
_____.

NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO

Fortaleza, ____ de _____ de 20__.

Responsável/Aluno

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

√ _____
√ _____
√ _____
√ _____
√ _____
√ _____