**RELATÓRIO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES 2024 – FESPSP**

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno: | RA: |
| Curso: |
| Nome do Evento: |
| Local: |
| **Código da Atividade:** | Carga Horária: | Data: |

A seguir, preencha os dois campos:

|  |
| --- |
| Descrição da Atividade (mínimo de 20 e máximo de 100 palavras)Como a atividde realizada contribuiu para sua formação? |
|  Assinatura do responsável pela atividade Assinatura do aluno |
| Parecer e assinatura da coordenação/docente responsável: |

Versão setembro/2024