

Campinas \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_

**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

Eu, abaixo assinado, aceito e concordo voluntariamente com os termos abaixo descritos e estou ciente das seguintes condições:

**O RESPONSAVEL PELO ALUNO:**

Nome do aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Está ciente que deverá apresentar, nos prazos estipulados, todos os documentos solicitados e necessários para contratação do CUIDADOR.

2) É de sua exclusiva responsabilidade providenciar os documentos para obter o beneficio do CUIDADOR para seu filho(a).

3) Não pode omitir e/ou faltar com a verdade sobre fatos importantes e relevantes para contração do CUIDADOR.

4) Assume plena responsabilidade civil e penal pela veracidade das declarações e informações prestadas à Unidade Escolar.

5) O pai ou responsável pelo aluno declara conhecer a data limite de \_\_\_\_\_\_\_\_(A ESCOLA COLOCA UMA DATA), para entrega de toda documentação comprobatória, que prevalecerá sobre quaisquer outros atos verbais ou escritos.

Documentos comprobatórios de responsabilidade dos pais ou responsáveis:

- questionário individual assinado e datado pelos pais.

- laudo médico atualizado com CID no ano de 2016.

Campinas ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Pai ou Responsável:

**RG:**

**CPF:**

**Telefone:**