|  |  |
| --- | --- |
| simbolo D O | *GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO* **DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA** |

# Comunicado

Sr (a) Diretor (a)

A Dirigente Regional de Ensino solicita que sejam enviadas as autorizações dos responsáveis pelos alunos com deficiência auditiva/ surdez (modelo em anexo) para que possamos atribuir a função de Professor Interlocutor aos professores cadastrados e classificados.

As autorizações deverão ser enviadas até o dia **16/03, sexta-feira** aos cuidados da Profa. Érika Devito.

São João da Boa Vista, 06 de março de 2018.

Profa. Silvia Helena Dalbon Barbosa

Dirigente Regional de Ensino

|  |  |
| --- | --- |
| simbolo D O | *GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO* **DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA** |
|  |  |

**Autorização**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à (Rua ou Avenida) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo meu (minha) filho (a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) regularmente matriculado (a) e frequente na EE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-SP a ser acompanhado (a) por um **Professor Interlocutor de Surdo.**

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome)