



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

D.E.: _____

RA _____	Nome do Aluno: _____
-------------	-------------------------

Tel. Contato: _____	Responsável: _____
------------------------	-----------------------

I – MOTIVO DAS VIAGENS

Escola Comum Escola Especial Programa de Reabilitação
 Outros. Especificar _____

II – ORIGEM DA VIAGEM (* conforme comprovante de endereço)

Endereço _____
Nº _____ Complemento (Bloco/casa/apto.) _____ CEP _____
Bairro _____ Município _____

Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja /etc.)

III – DESTINO DAS VIAGENS

Destino – 1 <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ _____ Endereço _____ _____ Bairro _____ Telefones _____ Dias e horários de atendimento <input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 3ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 4ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 5ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 6ª feira: Início _____ Término _____	Destino – 2 <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ _____ Endereço _____ _____ Bairro _____ Telefones _____ Dias e horários de atendimento <input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 3ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 4ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 5ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 6ª feira: Início _____ Término _____
---	---

Informações preenchidas e ratificadas pela U.E. _____ Assinatura e carimbo do Diretor	Carimbo da U.E. _____
---	------------------------------



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____, portador do RG nº _____
e CPF nº _____, autorizo o menor _____
_____ RG /RA nº _____, nascido em ____/____/____
Regularmente matriculado na E. E. _____, série _____
Período _____, pelo qual sou responsável legal, a utilizar o serviço de trans-
porte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino _____.
Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.

_____, ____ de _____ de 20____.

NOME : _____ ASSINATURA _____

V – PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (* a ser preenchido pela D.E.)

A solicitação fora analisada e o pedido: [] DEFERIDO [] INDEFERIDO

Justificativa:

carimbo e assinatura

carimbo e assinatura

Observações:

**CONFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS
(pela D.E.)**

Carimbo e assinatura
Responsável pelo Transporte Escolar na D.E.