**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

 Eu, (nome do responsável), RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno (nome do aluno), RA nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito serviço de profissional cuidador e declaro ter conhecimento dos serviços de apoio, alimentação e ensino que serão prestados no curso regular e/ou sala de recursos e comprometo-me a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e afastamentos por licenças médicas e outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços.

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

**Assinatura do Responsável**