**ORIENTAÇÕES E MODELOS DE DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE ESCOLAR**

 Informamos que para o atendimento de **transporte** aos alunos deficientes, a Unidade Escolar deverá efetuar a solicitação, junto a esta Diretoria de Ensino, encaminhando a documentação pelo programa SP Sem Papel para o Gestor de Contrato de Transporte.

Documentação necessária:

**1- Ofício do diretor** solicitando **Transporte Escolar** para cada criança indicada, contendo: nome completo, RA, série/ano, período, deficiência do aluno, assinado e - datado pelo diretor da U.E. contendo carimbo do mesmo e da escola;

**2- Ficha de Avaliação Médica,** devidamente preenchida (inclusive com as especificações solicitadas) e assinado pelo médico, contendo carimbo do mesmo com CRM.

**3- Ficha de Programação de viagem,**devidamente preenchido TODOS os campos com letra legível, necessário carimbo da U.E, do diretor bem como sua assinatura.

**4- Carta de solicitação, de próprio punho, do responsável;**

**5- Laudo médico com CID e assinatura legível do médico**;

**6- Termo de Ciência e Responsabilidade dos Pais;**

**7- Cópia da ficha de matrícula emitida pela SED.;**

**8- Cópia da evidência da deficiência emitida pela SED;**

**9 - Cópia do documento do aluno.**

Lembramos que para o atendimento do **transporte,** a Diretoria de Ensino precisa elaborar expediente, cumprindo todos os trâmites legais. O Processo requer que toda documentação esteja correta para ser finalizado e encaminhado à Secretaria da Educação. Consequentemente, contamos com a colaboração dos senhores, visto que o transporte escolar não tem como ser disponibilizado imediatamente após a solicitação. (precisa-se de um tempo)

**SEGUE MODELO ABAIXO**

Equipe de Educação Especial

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

**DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE DIADEMA**

**EE Nome da Escola**

**Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone**

**MODELO Ofício**

Diadema, dia de mês de ano.

Oficio nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assunto: Solicitação de **Transporte escolar** para aluno com deficiência ou Transtorno do Espectro Autista

A Direção da EE\_\_\_\_\_\_ vem por meio deste solicitar **Transporte Escolar** para o aluno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RA ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como segue:

**Endereço do aluno**: Rua\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_, Cidade \_\_\_, CEP \_\_\_

**Deficiência:** \_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_\_\_

**Código CIE**: \_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço da escola:** Rua nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_ Cidade \_\_\_, CEP \_\_\_

**Cadeirante**: ( ) sim ( ) não.

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura

(Diretor de Escola)

Ilmo Sr (a):

DD Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino – Região de Diadema

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

**DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE DIADEMA**

**MODELO** COLOCAR NOME DA ESCOLA

**MODELO**

**Solicitação de próprio punho do responsável**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) na EE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito o benefício do transporte escolar, considerando o laudo médico apresentado.

 **Assinatura do Responsável**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

**DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE DIADEMA**

**MODELO** COLOCAR NOME DA ESCOLA

 **MODELO**

 **Termo de Ciência e Responsabilidade dos Pais**

Diadema, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ter conhecimento dos serviços de transporte escolar, profissional de apoio escolar, alimentação e ensino que serão prestados no curso regular e/ou na sala de recursos e, me comprometo a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e também afastamentos por licenças médicas ou outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços.

**Assinatura do responsável**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

**FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

|  |
| --- |
| **D.E.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unidade Escolar**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Série:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

 **GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA**

**(Preenchimento pelo médico do interessado)**

|  |
| --- |
| **I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** |
| **Especificar** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CID** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **II - CLASSIFICAÇÃO** |
| Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:**1ª - [ ] Dependência completa** Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.**2ª - [ ] Dependência assistida** Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.**3ª - [ ] Independente** Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.**4ª - [ ] Marcha fisiológica** Consegue andar apenas com o auxílio de barras paralelas ou com assistência de outra pessoa.  Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.**5ª - [ ] Marcha domiciliar** Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa.  Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.**6ª - [ ] Marcha comunitária** Consegue andar em ambientes da comunidade com ou sem o auxílio de muletas ou assistência de  outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para longas distâncias.**7ª - [ ] Marcha comunitária ampliada** Consegue andar em ambientes da comunidade com o auxílio de muletas ou assistência de outra  pessoa. Não necessita de cadeira de rodas.**8ª - [ ] Marcha independente** Consegue andar em ambientes da comunidade sem o auxílio de muletas ou assistência de outra  pessoa. Não necessita de cadeira de rodas. |

|  |
| --- |
| **III – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO** |
| **1ª [ ]** Progressiva**2ª [ ]** Estável ou permanente**3ª [ ]** Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após \_\_\_\_\_\_\_meses. |

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

|  |
| --- |
| **IV – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE** |
| O paciente necessita de acompanhante **[ ]** Sim **[ ]** Não |

|  |
| --- |
| **V – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE** |
| **1°[ ]** Cadeira de rodas dobrável **3°[ ]** Carrinho dobrável**2°[ ]** Cadeira de rodas não dobrável **4°[ ]** Carrinho não dobrável**5°[ ]** Não utiliza **6°[ ]** Outros = Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VI – CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA TRANSPORTE** |
| **[ ]** Pode ser transportado somente em cadeira ou carrinho de rodas**[ ]** Pode ser transportado em assento comum de passageiro**[ ]** Pode ser transportado no colo |

|  |
| --- |
| **VII – FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS** |
| **[ ]** NÃO PRESENTE**[ ]** PRESENTE (preencher abaixo).Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência física, agravam a condição de locomoção. Assinale os fatores em que o paciente se enquadre.**1° - Distúrbios do comportamento****[ ]** Agitação **[ ]** Agressividade **[ ]** Comportamento Autista 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N**2° - Deficiência sensorial****[ ]** Visual – Bilateral > 80% de perda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N**[ ]** Auditiva – Bilateral grave/profunda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N **3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido****[ ]** Leve **[ ]** Moderada **[ ]** Grave **[ ]** Profunda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N**4° - Outras enfermidades (Ex.** Cardiopatia, epilepsia, etc.**)**Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N |

|  |
| --- |
| **VIII – MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO** |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local de atendimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de atendimento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo (legível) e assinatura do médico** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATENÇÃO** | As informações solicitadas nos **quadros I a VIII** devem ser prestadas em caráter obrigatório e, sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído. |

|  |
| --- |
| **Para Uso da Diretoria de Ensino**Ficha de avaliação devolvida em \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.Recebida por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome legível do Atendente Assinatura |

**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 [ ] AULA [ ] RECURSO**Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dias e horários de atendimento**[ ] 2ª feira: Início\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 3ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 4ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 5ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 6ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Destino – 2 [ ] AULA [ ] RECURSO**Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dias e horários de atendimento**[ ] 2ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 3ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 4ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 5ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 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 transporte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de20\_\_\_.NOME : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **V – PARECER DA COMISÃO 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 assinaturaResponsável pelo Transporte Escolar na D.E. |

**EMITIR NA SED FICHA DE MATRÍCULA**



**EMITIR NA SED FICHA DA DEFICIÊNCIA**

