**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

 Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito serviço de profissional apoio (CUIDADOR) e declaro ter conhecimento dos serviços de apoio, alimentação, higiene bucal e íntima, utilização do banheiro e locomoção que serão prestados no curso regular e/ou sala de recursos (EXCETO DENTRO DA SALA) 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**