**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

Capivari, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Eu, (nome do responsável), RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno (nome do aluno), RA nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito serviço de Profissional de Apoio Escolar – Atividade de Vida Diária e declaro ter conhecimento dos serviços de apoio quanto à alimentação, higiene bucal e íntima, utilização do banheiro, autocuidado e locomoção que serão prestados no curso regular e/ou atendimento educacional especializado 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**