







**DIRETORIA DE ENSINO DA REGIÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

**EE: SANTA OLÍMPIA**

**Componente curricular:**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

**SALDO PARA ATRIBUIÇÃO DE AULAS**

**Horário de ATPC:**

MANHÃ			TARDE			NOITE					
CLASSE OU TURMA	Nº DE AULAS	NOME DO PROFESSOR		CLASSE OU TURMA	Nº DE AULAS	NOME DO PROFESSOR		CLASSE OU TURMA	Nº DE AULAS	NOME DO PROFESSOR	
		LIVRES	SUBST			LIVRES	SUBST			LIVRES	SUBST
				T-M	02						
				T-O	02						

**HORÁRIO DAS AULAS**

	MANHÃ					TARDE					NOITE				
	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f	2ª f	3ª f	4ª f	5ª f	6ª f
1ª aula									TM						
2ª aula									TM						
3ª aula									TO						
4ª aula									TO						
5ª aula															
6ª aula															

**NATUREZA DAS AULAS EM SUBSTITUIÇÃO**

<b>Nome do Professor a ser Substituído:</b>	<b>Natureza do afastamento:</b>
<b>Número de dias:</b>	<b>A partir de:</b>
<b>Nome do Professor a ser Substituído:</b>	<b>Natureza:</b>
<b>Número de dias: _____</b>	<b>A partir de: ____/____/____</b>
<b>Nome do Professor a ser Substituído:</b>	<b>Natureza:</b>
<b>Número de dias: _____</b>	<b>A partir de: ____/____/____</b>

**Obs.:**

Assinatura do Diretor de Escola  
*Marta Leite*  
 RG: 18.538.467  
 Diretora de Escola

Assinatura do Gerente de Organização Escolar  
 Elisabete Ap. Graton Villela  
 RG: 18.968.854-3

