**PLANO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO**

**MODALIDADE ITINERANTE – DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do aluno:** | **RA:** | **Dia da semana** | **Horário de atendimento** | **Período** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

Município, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

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

Carimbo e assinatura do Diretor de Escola