

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO****SECRETARIA DA EDUCAÇÃO****DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____****E.E. XXX XXX XXXX****Endereço: Fone:****TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Eu, (**nome do responsável**), RG nº _____, responsável pelo aluno (**nome do aluno**), RM nº _____, solicito serviço de profissional 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 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