**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024.

Eu, (nome do responsável), RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno (nome do aluno), RM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito serviço de Profissional de Apoio Escolar - Atividades de Vida Diária, 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**