**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do responsável), RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do aluno), RA nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito serviço de PAE-AVD - cuidador e declaro ter conhecimento dos **serviços de apoio, alimentação, higiene bucal, higiene íntima, utilização do banheiro e locomoção** que serão prestados no curso regular e/ou Sala de Recursos/Itinerância 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**