



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO MIRACATU**

Av. Dona Evarista de Castro Ferreira, s/nº - Centro – Miracatu

Tel.: 13 3847-7050 / e-mail: demir@educacao.sp.gov.br

**ANEXO IV**

**Termo de Ciência / Responsabilidade**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**