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





**SOLICITAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA PROFISSIONAL DE APOIO**

**(CUIDADOR)**

Ilmo(a) Sr(a) Diretor(a) da, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

RA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) e frequente no(a): \_\_\_\_\_\_ Ano/Série, turma\_\_\_\_\_\_\_\_ do Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na unidade escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho pelo presente, **REQUERER** de Vossa Senhoria o serviço de um **PROFISSIONAL DE APOIO (CUIDADOR)**, para o ano de \_\_\_\_\_\_\_\_, uma vez que o(a) menor supracitado(a) apresenta limitações que acarretam dificuldades no autocuidado, impedindo-o(a) de realizar atividades relacionadas a:

**( ) Alimentação; ( ) Locomoção;**

**( ) Higiene bucal e íntima; ( ) Interação Social;**

**( ) Utilização de Banheiro; ( ) Administração de Medicamentos.**

Termo em que, peço deferimento.

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

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

Assinatura do(a) Responsável pelo(a) Aluno(a)