**ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO**

|  |
| --- |
| **Requerente** |
| **Nome:** | **Matrícula:** |
| **Curso:** |
| **Nome do(a) Orientador(a) Acadêmico(a)**: |

( ) Deficiência Visual ( ) Deficiência Física

( ) Deficiência Auditiva

( ) Transtornos do Neurodesenvolvimento

( ) Deficiência Intelectual

( ) Transtornos da Comunicação

( ) Transtorno do Espectro Autista

( ) Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade ( ) Transtorno Específico da Aprendizagem

( ) Outros transtornos decorrentes de condição médica geral que tenham consequências significativas para o processo de ensino-aprendizagem, como AVC e epilepsia.

Senhor(a) Diretor(a) de Ensino,

Solicito atendimento educacional especializado, conforme previsto na Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015, em razão de:

|  |
| --- |
| **Endereço** |
| **Rua:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **UF:** |
| **CEP:** | **Telefone:** | **E-mail da UFV:** |

**Solicitação do Estudante**

Prezado (a) estudante:

A indicação de procedimentos educacionais especiais, solicitada pelo profissional de saúde, será analisada pela Subcomissão Permanente de Acessibilidade e Inclusão do Campus Rio Paranaíba (SAI-CRP)

NO CASO DE CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO, O PROCESSO PRECISA SER ATUALIZADO JUNTO À SAI-CRP A CADA INÍCIO DE SEMESTRE LETIVO, ATÉ A SEGUNDA SEMANA DE AULA.

**PPO/972/2014**

Nestes termos, peço deferimento.

Rio Paranaíba, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ .

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

Assinatura do estudante

**Documentação Necessária: 1. Formulário preenchido e assinado. 2. Relatório/Atestado médico original.**