



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 1

E.E. _____

Endereço: _____ Fone: _____

Termo de Ciência e Consentimento do Responsável Legal para o Atendimento
Educativo Especializado – AEE

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Eu, _____, RG nº _____,
responsável legal pelo (a) aluno (a), _____
RA _____, declaro ter conhecimento do Atendimento Educativo Especializado – AEE no contraturno escolar, a ser realizado em 2 aulas semanais de forma individualizada, todas as _____ - feiras, no horário das _____ às _____, na área da deficiência _____ como previsto no artigo 10º da Resolução 21/2023 e, me comprometo a informar, com a antecedência possível, as eventuais ausências, afastamentos por licenças médicas ou outras e a desistência do atendimento especializado por opção própria.

Assinatura do responsável