



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO ITAPETININGA – DER ITN
Rua São Marcos, nº 100 – Jardim Paulista – CEP 18214-410
Itapetininga / São Paulo
Telefone: (15) 3275-9620 - Fax: 3275-9621
E-mail: deitn@educacao.sp.gov.br



FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

D.E.: ITAPETININGA

RA

Nome do Aluno:

Tel. Contato:

Responsável:

I – MOTIVO DAS VIAGENS

Escola Comum Escola Especial Programa de Reabilitação
 Outros. Especificar _____

II – ORIGEM DA VIAGEM (* conforme comprovante de endereço)

Endereço

Nº _____ Complemento (Bloco/casa/apto.) _____
CEP _____ Bairro _____ Município _____

Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja /etc.)

III – DESTINO DAS VIAGENS

Destino – 1 AULA RECURSO

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____

Dias e horários de atendimento

Destino – 2 AULA RECURSO

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO ITAPETININGA – DER ITN
Rua São Marcos, nº 100 – Jardim Paulista – CEP 18214-410
Itapetininga / São Paulo
Telefone: (15) 3275-9620 - Fax: 3275-9621
E-mail: deitn@educacao.sp.gov.br



<input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 3ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 4ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 5ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 6ª feira: Início _____ Término _____	Dias e horários de atendimento <input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 3ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 4ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 5ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 6ª feira: Início _____ Término _____
--	--

Informações preenchidas e ratificadas pela U.E. _____	Carimbo da U.E. _____
Assinatura e carimbo do Diretor	

IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____, portador do RG nº _____ e CPF nº _____, autorizo o menor _____

_____ RG /RA nº _____, nascido em ____/____/____

Regularmente matriculado na E. E.

_____, série _____

Período _____, pelo qual sou responsável legal, a utilizar o serviço de trans-porte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino _____.

Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.

_____, ____ de _____ de 20____.

NOME : _____ ASSINATURA

V – PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (* a ser preenchido pela D.E.)

A solicitação fora analisada e o pedido: DEFERIDO INDEFERIDO

Justificativa:



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO ITAPETININGA – DER ITN
Rua São Marcos, nº 100 – Jardim Paulista – CEP 18214-410
Itapetininga / São Paulo
Telefone: (15) 3275-9620 - Fax: 3275-9621
E-mail: deitn@educacao.sp.gov.br



<hr/>	<hr/>
carimbo e assinatura assinatura	carimbo e

Observações:

**CONFERÊNCIA DE
INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS
(pela D.E.)**

Carimbo e assinatura
Responsável pelo Transporte Escolar na
D.E.