

**Solicitação Atendimento Educacional Especializado**

**aee**

Curso:

Nome:

Matrícula:

Fone e email:

Possuo uma deficiência e solicito o atendimento educacional especializado (aee), conforme indicado abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Deficiência** | **Física** | Utilizo Cadeira de rodas Utilizo Muleta Solicito Mesa AdaptadaOutro (especificar no espaço para comentários) |
| **Múltipla** | Solicito Aplicador Ledor / Redator (Aplicador de prova que  lê e escreve comentários)Outro (especificar no espaço para comentários) |
| **Auditiva** | Utilizo LIBRAS Solicito intérprete de LIBRASFaço Leitura OrofacialUtilizo Aparelho Auditivo  Bilateral Direito EsquerdoOutro (especificar no espaço para comentários) |
| **Visual** | Solicito Texto Ampliado Fonte............ / tamanho:...................Solicito Leitor/Redator (Aplicador de prova que  lê e escreve comentários)Solicito Texto em Braile Outro (especificar no espaço para comentários) |
| **Motora** | Solicito Aplicador Redator (Aplicador de prova que escreve para o candidato)Outro (Especificar no espaço para comentários) |
|  | **Dislexia** | Solicito a ampliação do tempo para fazer as provas. |

Comentário

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

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

Assinatura do Solicitante São Bernardo do Campo, \_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_