PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO

ANEXO I

Solicitação de Transporte Escolar Adaptado para a classe comum

I - Identificação do(a) aluno(a)	
Nome completo do aluno (sem abreviações):	
ID:	Data de nascimento:
Agrupamento/ciclo/termo:	Período:

II - Justificativa da necessidade de transporte adaptado
a) Mobilidade reduzida severa por: ☐ redução severa da mobilidade, da flexibilidade e da coordenação motora causada por deficiência física ☐ redução severa da percepção causada por transtorno do espectro autista ☐ surdocegueira
b) Descreva o que caracteriza a mobilidade reduzida severa e as restrições/barreiras para acesso aos meios de transporte convencionais que justifique a necessidade do transporte adaptado: ....

III - Identificação da Escola	
Nome da Escola:	Naed:
Endereço:	Telefone:

IV - Horários (De acordo com o horário de funcionamento dos turnos da escola)	
Horário de entrada:	Horário de saída:

V - Identificação do acompanhante (preencher este campo apenas se houver necessidade de acompanhante):	
Nome Completo do acompanhante:	
RG:	Grau de parentesco:
Justifique a necessidade do acompanhante no transporte adaptado:	

VI - Responsáveis legais pelo(a) aluno(a):	
Nome completo do responsável legal 1:	Telefone:
Nome completo do responsável legal 2:	Telefone: