

**AUTORIZAÇÃO DE MATRÍCULA NA SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAL**

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_ autorizo meu(minha) filho(a) \_\_\_\_\_ matriculado(a) na Escola Municipal \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ano, turma \_\_\_\_\_ no período \_\_\_\_\_ a ser matriculado(a) e frequentar no contraturno escolar o Atendimento Educacional Especializado na Sala de Recursos Multifuncional nos dias e horários abaixo combinados.

Umuarama, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais/responsáveis

Horários	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira

.....

.....

(para destacar e entregar aos pais/responsáveis)

**HORÁRIOS E DIAS DA SEMANA DE ATENDIMENTOS NA SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAL**

Horários	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira

**ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX**  
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL  
(completar ou retirar de acordo com o que a  
unidade oferece)

---

Preencher com endereço completo  
CEP: XXXXX Fone: XXXXX