

ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL INTEGRADO – CAEI

I- IDENTIFICAÇÃO:

Nome: **xxxx**

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos e ____ meses

Nome dos Pais: **xxxx**

Endereço completo: **xxxx**

Telefone:

II- IDENTIFICAÇÃO EDUCACIONAL:

Unidade Educacional: **xxx**

Ano: **xxx** Turma: **xxx** Período: () manhã () tarde () integral

III- ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

Responsável pelo Encaminhamento*: (colocar o nome completo do/a solicitante)

() Equipe Multiprofissional _____

() Médico/especialista _____

() Ministério Público _____

() Ordem Judicial _____

Tipo de Atendimento:

() Fonoaudiológico

() Psicológico

() Psicopedagógico

Atendimento na Sala de Recursos Multifuncionais: () Sim () Não

Dias da Semana: _____

Horário: _____

Atendimento no Clube do Saber: () Sim () Não

Dias da Semana: _____

Horário: _____

***Observação:** em caso de pedido médico, acrescentar a solicitação do profissional em anexo.

Umuarama, ____ de _____ de 20____.