

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**

**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

**ESCOLA MUNICIPAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Senhor(a) diretor(a) da Escola Municipal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nome social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­, responsável pelo aluno (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do \_\_\_\_\_\_Ano do Ensino Fundamental, do ano letivo de \_\_\_\_\_\_, requer a V.Sª. o atendimento domiciliar, conforme disposto no (a):

(verificar qual a legislação abaixo que estabelece o referido atendimento)

( ) Decreto-Lei n. 1.044/1969 – portadores de afecções congênitas ou adquiridas e outras doenças.

( ) Lei n. 6.202/1975 – alunas gestantes.

( ) Lei n. 71, de 6 de agosto de2009 – Cria o regime especial de proteção de crianças e jovens com doença oncológica.

Nestes termos,

Aguarda deferimento.

Campo Grande/MS\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do requerente