

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E  
INCLUSÃO EDUCACIONAL  
ÁREA DA DEFICIÊNCIA VISUAL



NÚCLEO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ DISTRITO \_\_\_\_\_

ESTABELECIMENTO \_\_\_\_\_

DIRETOR \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

CARGA HORARIA: 20 HORAS – TURNO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CAEDV/SRM II: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

NOME DO(A) PROFESSOR(A) ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

e-mail do professor(a): \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

( ) Magistério

( ) Estudos Adicionais – Área \_\_\_\_\_

( ) Superior – Qual? \_\_\_\_\_

( ) Pós-Graduação – Qual? \_\_\_\_\_

VÍNCULO EMPREGATÍCIO DO PROFESSOR (A):

( ) Estadual ( ) Municipal

**RELAÇÃO DE ALUNOS MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR**

01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		

10		
11		
12		
13		