

## IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES ESPECÍFICAS/ESPECIAIS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Goza de boa saúde, não fazendo uso regular de quaisquer medicamentos?

Sim

Não

Faz uso de medicamentos? Em caso positivo, quais são os medicamentos?

---

É portador de necessidades especiais?

Sim

Não

Em caso positivo, quais são as necessidades?

---

Tem necessidade de utilização de equipamentos especiais?

Sim

Não

Em caso positivo, quais são os equipamentos?

---

Tem necessidade de utilização de mão-de-obra e/ou acompanhamento especializado?

Sim

Não

E caso positivo especifique qual mão-de-obra e/ou acompanhamento especializado.

---

P. Deferimento.

\_\_\_\_\_  
Local /Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Reservado ao estabelecimento de ensino:

Deferido

Indeferido

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável