# INFORMAÇÃO: NECESSIDADES ESPECÍFICAS

Nome completo: Curso: Telefone: e-mail: Data de Nascimento: / /

# NECESSIDADE ESPECÍFICA:

( ) Deficiência Física - ( ) Deficiência Auditiva - ( ) Baixa Visão - ( ) Cegueira - ( ) Transtornos globais do desenvolvimento - ( ) Altas habilidades/superdotação - ( ) Distúrbios de aprendizagem - ( ) Deficiência mental

( ) Outras (especificar):

NECESSITA DE RECURSO DE ACESSIBILIDADE ( ) Sim ( ) Não

# NO CASO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA:

1. Necessita de transcritor? ( ) Sim ( ) Não
2. Necessita de acesso para cadeirante? ( ) Sim ( ) Não
3. Necessita de auxílio para ir ao banheiro? ( ) Sim ( ) Não
4. Outras condições/recursos específicos necessários:

# NO CASO DE DEFICIÊNCIA VISUAL:

1. Necessita de material didático em Braille? ( ) Sim ( ) Não
2. Necessita de material didático com texto ampliado? ( ) Sim ( ) Não Fonte tamanho:
3. Necessita de ledor? ( ) Sim ( )Não
4. Outras condições/recursos específicos necessários:

# NO CASO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

1. Necessita de Tradutor Intérprete de Língua de Sinais ( ) Sim ( ) Não
2. Necessita de tempo adicional para a realização das atividades escolares? ( ) Sim ( ) Não
3. Outras condições/recursos específicos necessários:

# NO CASO DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO/ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO/ DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM

1. Necessita de Ledor ? ( ) Sim ( ) Não
2. Necessita de transcritor? ( ) Sim ( ) Não
3. Necessita de tempo adicional para a realização das atividades escolares? ( ) Sim ( )Não
4. Necessita de sala especial para a realização das atividades escolares? ( ) Sim ( ) Não
5. Outras condições/recursos específicos necessários:

PARA OUTROS CASOS DE DEFICIÊNCIA INFORMAR O TIPO DE RECURSO ESPECÍFICO:

Obs: Caso possua laudo ou atestado médico a aluno deverá apresentar a documentação ao Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidade Educacionais Específicas (NAPNEE) do campus.

 , de de

(Assinatura do aluno ou responsável legal)