

Solicitação Período Estendido



Eu, _____, CPF nº _____,
responsável pelo(a) aluno(a) _____
da série Maternal II (); Pré I (); Pré II (), do período da manhã (); tarde (), solicito a contratação do serviço
de Período Estendido, que possibilita a permanência do(a) aluno(a) nas dependências da escola e a
participação das aulas e atividades oferecidas no(s) seguinte(s) dias da semana:

Opções:	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<input type="checkbox"/> 1 (uma) vez na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 (duas) vezes na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 (vezes) vezes na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datas de utilização do serviço:

Mensal: De ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Avulso(s): _____

As vagas disponibilizadas para o Período Estendido podem não alcançar a todos os interessados, por isso fica a solicitação condicionada à existência de vagas, ou, se for o caso, à fila de espera.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Responsável

Observações da Secretária: _____

