

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
18ª SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL
EEB PROF URSULINA DE SENNA CASTRO
FONE:36655776 / 36655777

FORMULÁRIO DE TRANSPORTE ESCOLAR 2024

TRANSPORTE ESPECIAL ()

Nome do Aluno: _____

Série: _____ MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO ()

Modalidade de Ensino: FUNDAMENTAL () MÉDIO ()

Endereço do aluno: _____

CEP _____ Bairro _____

Ponto de Referência (Que possa ser identificado) _____

Distância da Unidade Escolar (km): _____ Telefone: _____

EMPRESA DE TRANSPORTE A UTILIZAR: _____

O aluno já utilizava o transporte escolar no ano anterior? () SIM () NÃO

Documentos necessários a anexar:

- **Xerox Comprovante de residência;**
- **Xerox da certidão de nascimento ou RG;**
- **Negativa de vaga das escolas mais próximas da residência;**
- **Laudo médico(no caso de transporte especial).**

Nome do responsável: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura do responsável pelo aluno

Nome do(a) Diretor(a): _____

Assinatura do(a) diretor(a) e Carimbo da Escola

PALHOÇA, _____ DE _____ DE 2024.

**OBS.: ESTE FORMULÁRIO SERÁ ENTREGUE NA SECRETARIA DA ESCOLA PARA
POSTERIOR ANÁLISE .**