



Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais

Tipo 1

Tipo 2

Formulário Cadastro de Escolas

(Preencher um formulário para cada escola indicada)

Razão Social (Nome da Escola):				
Código/Censo INEP:	Dependência Administrativa:	Localização:		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		
Níveis de Ensino:				
<input type="checkbox"/> Educação infantil	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental	<input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Centro Especializado		
Total de alunos da escola:	Total de alunos com necessidades educacionais especiais:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Endereço:				
Bairro:	Município:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
UF:	CEP:	DDD:	Telefone:	Fax:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diretor da Escola:				
Telefone do Diretor:	E-mail do Diretor:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

É obrigatório o preenchimento de TODOS os campos.

***Nota: Somente serão aceitos os formulários assinados pelo Secretário Estadual/Municipal de Educação e/ou Prefeito Municipal.**

Declaro, ainda, que as informações aqui contidas são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas.
_____ / __, __ de _____ de 2008.
Assinatura
Cargo/Carimbo