



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**GABINETE DO REITOR**

Avenida Professor Mário Werneck, Nº 2590, Bairro Buritis, Belo Horizonte, CEP 30575-180, Estado De Minas Gerais

**ANEXO X**

**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)