



Núcleo de Acessibilidade Pedagógica



## SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

RA \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Possui necessidades educacionais especiais? Se SIM. Qual(is)?

( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Descreva suas dificuldades educacionais


Descreva sua proposta de apoio


Escolha o melhor período para agendamento da sua entrevista com o NAPe

( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno(a)

### Uso exclusivo do NAPe

Data da entrevista	Horário	Entrevistadores
____/____/____	____:____	_____