



Comunicado do dia 26/02/2009

Da: Direção Pedagógica

Para: Pais / Responsáveis dos alunos da Educação Infantil e Ensino Fundamental I.

Assunto: Avaliação Médica

Sr. Pai/Responsável,

Preocupados com a saúde e bem-estar dos alunos, especialmente durante a prática de Educação Física, realizaremos nas dependências da escola, **Avaliação Médica**, que comprove a aptidão para tal aula. Os exames serão realizados conforme especificação abaixo, através dos **Convênios Unimed, Univida**. Caso não possua os **Convênios** citados, a **Avaliação Médica** poderá ser realizada na própria escola, mediante pagamento de R\$ 10,00.

V. S^a poderá ainda optar por **Avaliação** a ser realizada em consultório particular, entregando-a na escola o mais breve possível.

Para realização da **Avaliação Médica**, atenderá nessa escola, dias 4, 5 e 6 de março:

- Doutor Maurício Gimenez
Convênios: Unimed, Univida.
- Se a sua opção for por Avaliação Médica, sem convênio, na Escola, favor enviar a taxa cobrada pelo médico.

Atenciosamente,
Maria Léia Miskulin Trullenque
Diretora de Escola

✂

R E C I B O

(Recortar e devolver para a professora responsável da classe até o dia 02/03/2009)

Eu, _____, responsável pelo (a) aluno(a) _____,
do Ensino Fundamental II () ou Ensino Médio (), recebi o Comunicado do dia 02/03/2009, sobre **Avaliação Médica**.

A **Avaliação Médica** do(a) aluno(a) será realizada através:

- () **Convênio Unimed** – nº _____
- () **Convênio Univida** – nº _____
- () **Realizado na própria escola – R\$ 10,00** (será entregue recibo do valor pago)
- () **Realizado em consultório particular**

Santa Rita do Passa-Quatro, _____ de fevereiro de 2009.

Ass. do Pai / Responsável