Prefeitura do Município de Taboão da Serra
Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia.
Departamento de Educação
E-mail: ***gestão.pedagogica@taboaodaserra.sp.gov.br***

Atendimento Educacional Especializado

Registro de Frequência

Escola: _____ **Mês:**_____
Professora:_____

Grupo 1	**2ª F e 4ª F / Horário:**									
Nome do Aluno										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Grupo 2	**2ª F e 4ª F / Horário:**									
Nome do Aluno										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Grupo 3	**3ª F e 5ª F / Horário:**									
Nome do Aluno										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Grupo 4	**3ª F e 5ª F / Horário:**									
Nome do Aluno										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Grupo 5	**Dias da Semana:_____ / Horário:**									
Nome do Aluno										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Avaliações	**Dias da Semana:_____ / Horário:**									
Nome do Aluno										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										