



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**CAMPUS BETIM**  
**GABINETE DA DIREÇÃO GERAL**  
Rua Itamarati, nº 140 – Bairro São Caetano – CEP 32677-564– Betim, MG  
Tel. (31) 3532-5930 – E-mail: gabinete.betim@ifmg.edu.br

**ANEXO III**  
**INFORMAÇÃO: NECESSIDADES ESPECÍFICAS**

Nome: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

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

**NECESSIDADE ESPECÍFICA:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência Física                     | <input type="checkbox"/> Altas habilidades/superdotação |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva                   | <input type="checkbox"/> Distúrbios de aprendizagem     |
| <input type="checkbox"/> Baixa Visão                            | <input type="checkbox"/> Deficiência mental             |
| <input type="checkbox"/> Cegueira                               | <input type="checkbox"/> Outras (especificar):          |
| <input type="checkbox"/> Transtornos globais do desenvolvimento | _____   |

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 leitor? ( ) Sim ( ) Não
  4. Outras condições/recursos específicos necessários:
- \_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
**CAMPUS BETIM**

**GABINETE DA DIREÇÃO GERAL**  
Rua Itamarati, nº 140 – Bairro São Caetano – CEP 32677-564– Betim, MG  
Tel. (31) 3532-5930 – E-mail: gabinete.betim@ifmg.edu.br

**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 20\_\_.

---

Assinatura do candidato ou responsável legal