



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAMANDAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
SISTEMA MUNICIPAL DE ENSINO
CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



RELAÇÃO DA EQUIPE ADMINISTRATIVA E DE APOIO – EDUCAÇÃO INFANTIL

Nome da Escola: _____ Vigência: _____

	Nome do Profissional	Vínculo (Efetivo / Seletivo / Contrato / OSC)	Setor	Carga Horária	Turno	Formação (Especificar o nome do curso) Ensino Médio / Magistério / Graduação / Pós-graduação	Observação
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

Data da Vistoria: ____/____/____ Assinatura do responsável pelas informações: _____

Assinatura do(s) Conselheiro(s): _____