

MAPEAMENTO

Diretoria de Ensino Região de _____
Município: XXXXXXXXXXXXX

E.E						
Endereço:						
Número de Profissional de apoio escolar por escola:						
Aluno	Sexo do aluno	Faixa etária	Tipo de deficiência /Patologia	Tipo de dependência do aluno (Locomoção, alimentação, higiene, autocuidado - uso de fraldas e auxílio para ingestão de medicamentos)	Período /Horário	Segundo Período
Xxxxx						AEE-Manhã*

Obs.: Inserir as iniciais do nome completo dos alunos.

*** Horários Segundo Período / Sala de Recursos:**

EE Prof. _____ – segunda feira das XX: XX h às XX: XX h.

EE Prof. _____ – quarta feira das XX: XX h às XX: XX h