PAPEL TIMBRADO

MAPEAMENTO

Diretoria de Ensino Região de	
Município: XXXXXXXXXXXXXX	

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.

EE Prof.	₋ – segunda feira das <mark>XX: XX</mark> h às <mark>XX: XX</mark> h
EE Prof.	– quarta feira das <mark>XX: XX</mark> h às <mark>XX: XX</mark> h