



SECRETARIA DO ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO DE CAPIVARI
Rua Regente Feijó, 773 – Centro – Capivari/SP

RELATÓRIO MENSAL DE AVALIAÇÃO (CO-GESTOR)

MÊS:

Diretoria de Ensino: Diretoria de Ensino Região de Capivari

Unidade Escolar

Contratada: (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) - CNPJ (XXXXXXXXXXXXX)

Supervisor:

Nome do(s) PAE-AVD(s):

Listagem dos alunos atendidos no mês:

NOME:	RA:	ANO/SÉRIE:

- O(s) PAE-AVD estão atendendo os alunos que foram designados? Se não, quais alunos?

R: _____

- Quantas faltas ocorreram no mês? Informar (ausência) do PAE-AVD.

R: _____

- Há algum procedimento, previsto nas ações referenciais, que não está sendo realizado pelo PAE-AVD e que é de necessidade do aluno? Qual?

R: _____

- O PAE-AVD atende as exigências previstas no contrato?

R: _____

Dias Letivos previstos em calendário oficial	Dias efetivamente trabalhados pelo PAE-AVD

LOCAL, DATA

Diretor da Escola

