



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Educação
Unidade Regional de Ensino de xxxxxxxxxxxx
Rua/Av.: xxxxx, nº xxxx, CEP: xxxxxx, bairro: xxxxx, município, - SP
Código CIE: xxxxxxxx, E-mail: xxxxxxxxxxxx, Tel.: xxxxxxxxxxxxxxxx

SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL E AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Nome do (a) estudante: _____

Idade: _____ Ano/série escolar : _____ Sexo: _____ Data: _____
_____/_____/_____

Unidade Escolar: _____

1- O (a) estudante (a) precisa de um profissional de apoio escolar que o (a) auxilie em suas atividades da vida diária, como:

- alimentação, no cotidiano escolar;
- higiene pessoal, íntima e bucal, incluindo o apoio para utilização do banheiro no cotidiano escolar;
- locomoção nos ambientes escolares e espaços alternativos para atividades escolares;
- autocuidado no cotidiano escolar
- Outros

(Especificar): _____

2- Na unidade escolar (a) estudante (a) é auxiliado (a) por alguém?

- sim, especificar: _____
- não, mas necessita de auxílio de um profissional de apoio.

3 – O caráter do apoio do Profissional de Apoio Escolar para as Atividades de Vida Diária será:

- temporário permanente

4- Caso o (a) estudante (a) seja auxiliado por alguém, quem é?

- mãe
- pai
- outro adulto da família
- criança da família
- adolescente da família
- idoso da família
- idosa da família



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Educação
Unidade Regional de Ensino de xxxxxxxxxxxx
Rua/Av.: xxxxx, nº xxxx, CEP: xxxxxx, bairro: xxxxx, município, - SP
Código CIE: xxxxxxxx, E-mail: xxxxxxxxxxxx, Tel.: xxxxxxxxxxxxxxxx

adulto vizinho

profissional contratado

outro: _____

5- O (a) estudante (a) precisa fazer uso contínuo de algum dos itens abaixo relacionados?

medicamentos (Especificar): _____

alimentos especiais/dieta (Especificar): _____

suplementos nutricionais (especificar): _____

vestimenta com tecido ou modelagem especial

móveis e utensílios (Especificar): _____

instrumentos adaptados para alimentação e higiene pessoal (Especificar): _____

fraldas descartáveis

cadeira de rodas

cadeira de rodas com assento sanitário para banho

muleta

andador

bolsa de ostomia

coletor urinário

órtese para coluna

órtese para membros superiores

órtese para membros inferiores

prótese de membro superior

prótese de membro inferior

outros (Especificar): _____

não precisa

6- Na escola, o (a) aluno (a) encontra barreiras físicas para acessar algum desses ambientes?

sala de aula

banheiro

pátio

refeitório/cantina

sala ambiente de informática

quadra

sala ambiente de leitura

outros (Especificar): _____

todos os ambientes da escola são acessíveis



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Educação
Unidade Regional de Ensino de xxxxxxxxxxxx
Rua/Av.: xxxxx, nº xxxx, CEP: xxxxxx, bairro: xxxxx, município, - SP
Código CIE: xxxxxxxx, E-mail: xxxxxxxxxxxx, Tel.: xxxxxxxxxxxxxxxx

7- A escola possui mobiliários adequados para as necessidades do (a) estudante?

() sim () não

Quais: _____

8 – A família foi informada sobre a presença e a função do Profissional de Apoio Escolar - Atividade de Vida Diária para o atendimento do (a) estudante dentro da unidade escolar?

() sim () não

Quem e como foi informada? _____

9- A família aprova e valida o trabalho do Profissional de Apoio Escolar para as Atividades de Vida Diária dentro da unidade escolar?

() sim () não

Justifique: _____

Município ..., ___ de _____ de 202.....

Assinatura (nome completo) do responsável pelo Aluno

Carimbo e assinatura do Diretor de Escola

OBS: Caso o (a) responsável pelo (a) estudante NÃO APROVE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR - ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA, deverá manifestar-se, por escrito, e o documento deve ser apensado ao processo para as devidas providências.

