



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
- ☐ Interação social
- ☐ Comunicação.
- ☐ 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



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

() idoso da família

() idosa da família

() 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



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: xxxxxxxxxx, Tel.: xxxxxxxxxxxxxxxx

() sala ambiente de leitura () outros (Especificar): _____

() todos os ambientes da escola são acessíveis

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.

