



Governo do Estado de São Paulo

Secretaria da Educação

Unidade Regional de Ensino de xxxxxxxxxx

Rua/Av.: xxxx, nº xxxx, CEP:xxxxxx, bairro:xxxxx, município, - SP

Código CIE:xxxxxxx, E-mail:xxxxxxxxxx, Tel.:xxxxxxxxxxxxxx

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:xxxxxxxxxx, Tel.:xxxxxxxxxxxxxx

- 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?



Governo do Estado de São Paulo

Secretaria da Educação

Unidade Regional de Ensino de xxxxxxxxxx

Rua/Av.: xxxx, nº xxxx, CEP: xxxx, bairro: xxxx, município, - SP

Código CIE: xxxxxxxx, E-mail: xxxxxxxxxxxx, Tel.: xxxxxxxxxxxx

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.

