



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO
E.E. XXX XXX XXXX
Endereço: Fone:

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE PROFISSIONAL
DE APOIO ESCOLAR – ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (PAE-AVD)**

Nome do aluno: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Data de Nascimento:** _____ / _____ / _____

Unidade Escolar: _____

Diretoria de Ensino: _____

1) O (a) aluno (a) precisa de um profissional de apoio que o (a) auxilie em suas atividades de vida diária, como locomoção, alimentação, higiene e autocuidado?

() Sim () Não

Especificar:

2) Na unidade escolar, o (a) aluno (a) é auxiliado por alguém?

() Sim () Não, mas necessita de auxílio

3) O caráter do apoio ao aluno será:

() Temporário () Permanente

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

| | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| () mãe | () pai | () outro adulto da família |
| () criança da família | () adolescente da família | () idoso(a) da família |
| () adulto vizinho | () profissional contratado | () outro: _____ |

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

() medicamentos
() alimentos especiais/dieta
() suplementos nutricionais
() vestimentas com tecido ou modelagem especial



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO

- móveis e utensílios (camas adaptadas, colchões especiais, outros)
 - instrumentos adaptados para alimentação e higiene pessoal
 - 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: _____

 - não precisa

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

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

Quais: _____

8) A família foi informada sobre a presença e a função do Profissional de Apoio no atendimento do seu filho dentro da unidade escolar?



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO
E.E. XXX XXX XXXX
Endereço: Fone:

() Sim () Não

Quem informou e como foi informado?

9) A família aprova e valida o trabalho do Profissional de Apoio dentro da unidade escolar?

() Sim () Não

Justifique:

Cidade, _____ de _____ 20_____.

Diretor (Assinatura e Carimbo):

Pai, mãe ou responsável (Assinatura):