



**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 \_\_\_\_\_

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

( ) 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?

( ) sala de aula

( ) banheiro

( ) ginásio/quadra

( ) refeitório/cantina

( ) laboratório de informática

( ) pátio

( ) biblioteca/sala de leitura

( ) outros: \_\_\_\_\_

( ) todos os ambientes da escola são acessíveis

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

( ) Sim

( ) Não

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):