

ANEXO I - DEFICIENCIA VISUAL

Avaliação Inicial

DADOS GERAIS

Nome:

Data de nascimento: ___/___/____ Idade: _____

Escola: _____

Ano/série: _____ Turno: _____

Tipo/grau de deficiência:

() visão subnormal/baixa visão () cegueira

PERCEPÇÃO VISUAL/TÁTIL

() ampliado () Braille

() contraste

() lupa de mão

() telelupa

() computador () fonte nº _____ especificar:

() DOSVOX

() NVDA

() Jaws

AUTO CUIDADO

() independência/autonomia em relação à higiene pessoal

() banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc.);

() independência/autonomia em relação ao controle de esfíncter;

() independência/autonomia no ato de vestir-se e alimentar-se.

INDEPENDÊNCIA NA LOCOMOÇÃO

() deslocamento com independência em casa, na escola, na rua;

() independência e autonomia na utilização de transporte;

() não se locomove com independência.

HABILIDADE SENSÓRIO-MOTORA

() imagem corporal;

() esquema e equilíbrio corporal;

() percepção e memória visual;

() percepção e memória auditiva;

() percepção gustativa, tátil, olfativa;

() orientação temporal;

() orientação espacial;

() habilidade motora.

LEITURA

() está no início da aprendizagem da leitura em Braille;

() lê Braille com facilidade;

() lê utilizando uma das mãos;

() lê utilizando as duas mãos;

() reconhece os sinais de pontuação: todos(); alguns();

() lê com auxílio óptico;

() lê tamanho 24 sem auxílio óptico.

ESCRITA

usa reglete: sim() não()

usa máquina braille: sim() não()

usa computador: sim() não()

usa computador com sintetizador de voz: sim() não()

usa computador com ampliação de tela: sim() não()

usa soroban: sim() não()

DATA: __/__/__

Assinatura do(a) professor(a)

ANEXO II

Avaliação funcional

DADOS GERAIS

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Escola: _____

Ano/série: _____ Turno: _____

VISÃO SUBNORMAL/BAIXA VISÃO

Entrevista com os pais

Causa da visão subnormal/baixa visão:

Idade do início das dificuldades visuais: _____

Modo de progressão da perda de visão (estacionário ou evolutivo):

Patologia:

() hereditária () congênita () adquirida

ASPECTOS FUNCIONAIS DA VISÃO

1. utilizar materiais pedagógicos com contraste e jogos adaptados com texturas e cores de maior contraste;
2. observar se o aluno prefere muita luz ou se tem fotofobia;
3. realizar testes para ajustar o tamanho da fonte a ser utilizada.

Observação:

É importante salientar que essas atividades e avaliações devem ocorrer em contextos naturais e implicam recolher elementos relativos à forma como a pessoa utiliza a sua visão em ambientes com condições diferentes, ou seja, dentro da sala de aula ou nas outras dependências da escola.

DATA: __/__/__

Assinatura do(a) professor(a)

ANEXO III

Plano de Atendimento Individual – PAI

Mês / Ano: _____

1- Identificação do Aluno:

1.1- Nome do Aluno:

1.2- Data de Nascimento: ____/____/____

1.3- Ano/Série do aluno:

1.4- Escola de frequência em Sala Comum:

1.5- Escola da Sala de Recursos:

1.6- Nome do Professor Especializado:

1.5- Diretoria de Ensino: Diretoria de Ensino Região Norte 2

2- Descrição das habilidades já desenvolvidas pelo aluno:

3- Descrição das habilidades a serem desenvolvidas pelo aluno a curto/médio/longo prazo:

4- Descrição das habilidades a serem desenvolvidas nas salas de recursos: a curto, médio e longo prazo:

5- Atendimentos Educacionais Especializados: outros acompanhamentos de que o aluno participa fora da escola:

6- Levantamento de informações referentes aos interesses do aluno:

7- Estratégias:

8- Materiais e Recursos:

9- Observações Relevantes:

Data: ____/____/____

Professor Especializado Professor Coordenador