

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADO

Polo: _____

Diretoria de Ensino: _____

Data: __/__/__

Nome do (a) aluno (a): _____

Data de Nascimento: __/__/__ Idade: _____ Sexo: () Masc () Fem

Nome do responsável: _____ Fone: _____

Escola : _____

Endereço: _____ Tel.: () _____

Série/ Ano : _____ Período: () Manhã () Tarde R.A: _____

O aluno possui Deficiência: () Sim () Não CID: _____

Tem laudo com diagnóstico () Sim () Não Qual?: _____

Frequenta alguma instituição () Sim () Não Qual? _____

Possui cadastro na PRODESP: () Sim () Não – Qual: _____ *Anexar em caso afirmativo*

Atendimento Pedagógico Especializado () Sim () Não Área: _____

Motivo da Solicitação de Atendimento:

Ações realizadas pela Escola:

(Descreva o que já está sendo realizado para favorecer o processo de inclusão escolar do aluno)

Avaliação Pedagógica - Anexar

Diretor da Escola
(Assinatura e Carimbo)

Professor Coordenador
(Assinatura e Carimbo)

PARECER PCNP RESPONSÁVEL PELA EDUCAÇÃO ESPECIAL

() Encaminhar para o Equipe () Devolver para a Escola

Recomendações:

Caro professor, leia as afirmativas abaixo e assinale aquelas melhor explicam os aspectos que você tem observado no cotidiano escolar:

	Tem olhos lacrimejantes, pálpebras avermelhadas, inchadas ou remelasas
	Esfrega os olhos, franze ou contrai o rosto quando olha objetos distantes
	Fica desatento durante a realização de trabalhos escolares
	Pestaneja excessivamente, sobretudo durante a leitura
	Segura o livro muito perto, muito distante ou em outra posição enquanto se lê
	Inclina a cabeça para um lado durante a leitura
	Apresenta uma capacidade de leitura por um período curto de cada vez
	Fecha ou tampa um olho durante a leitura
	Possui interesses por assuntos específicos
	Apresenta alto grau de energia
	Gosta de aprender coisas novas
	Apresenta capacidade de abstração, conceituação e síntese bem desenvolvidas
	Perfil questionador, discordando do professor ou dos colegas em determinadas situações
	Demonstra desinteresse em atividades rotineiras
	Recusa realizar tarefas que não representam um desafio
	Demonstra impaciência ao ter que esperar que os colegas terminem suas atividades
	Chora ou demonstra raiva quando as coisas não saem como o desejado
	Apresenta dificuldade em se comunicar oralmente
	Apresenta dificuldade em se comunicar pela escrita
	Interage com os colegas de classe estabelecendo algum tipo de comunicação? Qual??
	Utiliza a LIBRAS para se comunicar
	Recebe apoio do Professor Interlocutor em sala de aula
	Apresenta movimentos estereotipados ou repetitivos
	Dificuldade em lidar com situações que fogem à rotina
	Dificuldade em manter contato visual com outras pessoas
	Fascinação visual por luzes ou movimento
	Demonstra reação contrária diante de sons
	Não demonstra interesse em fazer amizades
	Apresenta dificuldade na coordenação dos movimentos
	Apresenta um lado do corpo comprometido
	Apresenta enrijecimento da musculatura em geral, dificultando a manutenção da postura na posição sentada e dificultando, também, a escrita.
	Apresenta problemas na apreensão do lápis (ao desenhar ou escrever)
	Cai com facilidade e frequentemente
	Apresenta fala rudimentar, com omissões de alguns fonemas
	É assistido pelo Cuidador
	Necessita de mobiliário adaptado
	Faz uso do mobiliário adaptado
	Faz uso do notebook
	Necessita de ajuda em situações de rotina e no cotidiano escolar
	Necessita de materiais adaptados: Quais?
	Precisa de simplificação das comandas e orientações para realização das atividades
	Apresenta dificuldade para expressar seus pensamentos

	Necessita de apoio para a resolução de problemas nas interações sociais
	Conhece as letras do alfabeto
	Lê letras e sílabas
	Lê palavras e frases
	Demonstra compreender histórias (sentido e significado)
	Reconhece a grafia de seu nome
	Escreve o próprio nome sem modelo
	Compreende enunciados verbais
	Compreende escrita
	Reconhece os numerais
	Organiza sentença matemática
	Formula problemas a partir de situações vividas/ concretas
	Resolve operações matemáticas
	Estabelece relações mentais demonstrando sentido entre as ideias

TERMO DE CONSENTIMENTO DOS PAIS

Eu, _____, RG _____,
responsável pelo (a) aluno (a) _____
matriculado na E.E. _____
série/ano _____, **autorizo** a realização da Avaliação Funcional, aplicada pela Equipe
Multiprofissional Especializada de _____.

Estou ciente que terei a disponibilidade de levá-lo (a) à avaliação nas datas agendadas pela
equipe.

() **Não autorizo** a realização da avaliação pelos seguintes motivos:

Data: __/__/____

Assinatura: _____