|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELATORIO MENSAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE**  **CUIDADOR DE ALUNO NA ESCOLA** | | | | | | |
| Escola: | | | | Mês Referência | | |
| Empresa: ( )ASSEJ ( )DELTA - Cuidador de ( ) 6 horas ( ) 8 horas | | | |
| Responsável pelo Preenchimento: | | | |
| Preencha com o nome dos alunos e do cuidador respectivo (um por cuidador) | | | | | | |
| Cuidador(M) |  | Cuidador (T) |  | |
| Aluno |  | Aluno |  | |
| Aluno |  | Aluno |  | |
| Aluno |  | Aluno |  | |
| Nota: Presente (normal) e em caso de volante, colocar no dia respectivo o nome do substituto. Colocar Falta se não tiver cuidador volante. | | | | |
| 01 |  | 17 |  | |
| 02 |  | 18 |  | |
| 03 |  | 19 |  | |
| 04 |  | 20 |  | |
| 05 |  | 21 |  | |
| 06 |  | 22 |  | |
| 07 |  | 23 |  | |
| 08 |  | 24 |  | |
| 09 |  | 25 |  | |
| 10 |  | 26 |  | |
| 11 |  | 27 |  | |
| 12 |  | 28 |  | |
| 13 |  | 29 |  | |
| 14 |  | 30 |  | |
| 15 |  | 31 |  | |
| 16 |  |  |  | |
| Avaliação do cuidador | | Avaliação do cuidador | | | |
| Afetivo? | | Afetivo? | | | |
| Pró ativo? | | Pró ativo? | | | |
| Inclusivo? | | Inclusivo? | | | |
| Material Higiene | | Visita do Supervisor | | | |
| Suficiente? | | Suficiente? | | | |
| OBSERVAÇÃO (descreva as ocorrências relacionadas a este cuidador ou aos alunos atendidos por ele. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2019

carimbo da Escola

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Carimbo de assinatura do diretor da escola.