|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS | | | |
| Nome: | RG: | | CPF: |
| Unidade de Classificação e exercício: | | | |
| Formação: | | Quantidade de aulas atribuídas: | |
| Função que atua: Professor Orientador de Convivência – POC | | | |
| Horário de trabalho: | | | |

**Avaliação para Recondução de Professor Orientador de Convivência**

# FORMAÇÃO

* 1. Frequência nas formações específicas oferecidas pela Diretoria de Ensino e/ou SEDUC:

( ) nunca ( ) quase nunca ( ) quase sempre ( ) sempre

* 1. Participação nas Aulas de Trabalho Pedagógico Coletivo (ATPC) como multiplicador das autas das reuniões de formação oferecidas:

( ) nunca ( ) quase nunca ( ) quase sempre ( ) sempre

* 1. Participação em cursos oferecidos pelas EFAPE ou outras instituições:

( ) sim ( ) não

# PLANO DE MELHORIA DA CONVIVÊNCIA ESCOLAR

1. Sobre o Plano de Melhoria da Convivência, elaborado coletivamente:

( ) superou as expectativas

( ) atendeu as expectativas

( ) não atendeu as expectativas

# AÇÕES REALIZADAS

1. Em relação às atribuições previstas no artigo 4º desta Resolução, com base na tabela a seguir:

( ) superou as expectativas

( ) atendeu as expectativas

( ) não atendeu as expectativas

# LEGENDA:

1 - Não realizou; 2 - Realizou parcialmente; 3 - Realizou satisfatoriamente; 4 - Realizou além do esperado

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DESEMPENHO DA ATRIBUIÇÃO | AVALIAÇÃO | | | |
| participação da elaboração de ações que atendam às diretrizes da Secretaria de Educação relacionadas à melhoria da convivência e do clima escola |  |  |  |  |
| articulação com os membros da Comunidade Escolar, Conselho de Escola, Grêmio Estudantil e Associação de Pais e Mestres (APM), na construção de ações e normas de convivência ética |  |  |  |  |
| participação da organização do acolhimento de estudantes |  |  |  |  |
| promoção e estímulo às relações entre os membros da comunidade escolar, empregando práticas preventivas, colaborativas e restaurativas para a resolução de conflitos no cotidiano |  |  |  |  |
| orientação aos responsáveis e encaminhamento para atendimento especializado de órgãos da rede protetiva |  |  |  |  |
| mapeamento e estabelecimento de contato e parceria com membros de instituições da Rede de Proteção Social e de Direitos e com instituições culturais, sociais, de saúde privadas e educativas |  |  |  |  |
| participação de reuniões com a Rede Protetiva |  |  |  |  |
| colaboração com o Conselho de Escola, gestores e demais educadores, na elaboração, implementação e avaliação da proposta pedagógica |  |  |  |  |
| coordenação da equipe escolar nas práticas relacionadas à convivência escolar |  |  |  |  |
| participação do Conselho de Classe, das reuniões de pais e de professores, informando das ações desenvolvidas pela orientação de convivência |  |  |  |  |
| assessoria e apoio às equipes escolares e Conselhos Escolares nas decisões quanto a ocorrências no turno |  |  |  |  |
| registros no Sistema Integrado de Registros Escolares |  |  |  |  |
| interação com os estudantes nos horários de intervalos |  |  |  |  |
| acolhimento dos estudantes nos momentos de entrada e/ou saída |  |  |  |  |
| interação e apoio à comunidade escolar em relação a casos de indisciplina, vulnerabilidade, incivilidade, conflitos, questões de saúde e em situações de bullying e cyberbullying |  |  |  |  |
| articulação com o professor coordenador |  |  |  |  |

6 - Comentários ou sugestões (aspectos facilitadores e dificultadores):

**Manifestação da Comisssão Responsável**

Diante do exposto, a Comissão Responsável pela avaliação do Professor Orientador de Convivência, nos termos da Resolução SEDUC 92/2020, manifesta-se pela:

( ) Recondução ( ) Recondução com ressalva ( ) Não Recondução

do docente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para exercício em 2022 como Professor Orientador de Convivência Ressalva:

Pindamonhangaba, de novembro de 2021.

Diretor de Escola:

Vice Diretor de Escola:

Supervisor de Ensino da Unidade Escolar:

Supervisor de Ensino do Conviva:

CIÊNCIA DO AVALIADO

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESEJO PEDIR RECONSIDERAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

RECONSIDERAÇÃO

|  |
| --- |
|  |

RESULTADO DA RECONSIDERAÇÃO

|  |
| --- |
|  |

NOME, CARGO/FUNÇÃO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIÊNCIA DO AVALIADO

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_