**MAPEAMENTO**

**Diretoria de Ensino Região de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Município: XXXXXXXXXXXXX**

|  |
| --- |
| **E.E .......** |
| **Endereço:** |
| **Número de Profissional de apoio escolar por escola:**  |
| **Aluno** | **Sexo do aluno** | **Faixa etária** | **Tipo de deficiência****/Patologia** | **Tipo de dependência do aluno****(Locomoção, alimentação, higiene, uso de fraldas e auxílio para ingestão de medicamentos)** | **Período****/Horário**  | **Segundo Período** |
| **Xxxxx** |  |  |  |  |  | \* Manhã – Sala de recursos |
| **Xxxxx** |  |  |  |  |  |  |
| **Xxxxx** |  |  |  |  |  |  |

 **Obs.: Não inserir nome dos alunos.**

**\* Horários Segundo Período / Sala de Recursos:**

EE Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – segunda feira das XX: XX h às XX: XX h.

EE Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – quarta feira das XX: XX h às XX: XX h

**Município: XXXXXXXXXXXXXXX**

|  |
| --- |
| **E.E .......** |
| **Endereço:** |
| **Número de Profissional de apoio escolar por escola:**  |
| **Aluno** | **Sexo do aluno** | **Faixa etária** | **Tipo de deficiência****/Patologia** | **Tipo de dependência do aluno** **(Locomoção, alimentação, higiene, uso de fraldas e auxílio para ingestão de medicamentos)** | **Período****/Horário**  | **Segundo Período** |
| **Xxxxx** |  |  |  |  |  | \* Manhã – Sala de recursos |
| **Xxxxx** |  |  |  |  |  |  |
| **Xxxxx** |  |  |  |  |  |  |

 **Obs.: Não inserir nome dos alunos.**

**\* Horários Segundo Período / Sala de Recursos:**

EE Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – segunda feira das XX: XX h às XX: XX h.

EE Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – quarta feira das XX: XX h às XX: XX h