



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE CAIEIRAS



EE.

Tel.

MANUAL DE SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO DER: CAIEIRAS



EE.

Tel.

2019

Profissional de Apoio para alunos com Necessidades Especiais

Compõem o expediente de Solicitação de Profissional de Apoio:

- Check list
- Ofício da direção
- Questionário individual dos alunos
- Termo de ciência/responsabilidade do responsável
- Laudos médicos com CID legíveis;
- Cópia dos documentos do aluno (RG e/ou Certidão de nascimento);
- Carta de solicitação do responsável (próprio punho);
- Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada na SED

O expediente completo deve ser entregue diretamente no Protocolo da DE que será encaminhado ao Gestor para análise e posterior encaminhamento à Equipe de Educação Especial (PCNP e Supervisor).



EE.

Tel.

Anexo I
Check list

Expediente: **SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO AO ALUNO**

Declaro que todos os documentos abaixo assinalados encontram-se presentes neste expediente, responsabilizando-me pessoalmente pela exatidão, conferência e veracidade das informações prestadas nesta remessa, sob pena de incorrer em irregularidade administrativa.

Interessado:

- ✓ 1 – Ofício da Direção da Escola;
- ✓ 2 – Laudos Médicos com CID;
- ✓ 3 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;
- ✓ 4 – Termo de ciência/responsabilidade do responsável;
- ✓ 5 – Questionário Individual dos alunos que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e pelo PCNP – Ed. Especial;
- ✓ 6 – Cópia de documentos do aluno (RG ou Certidão de Nascimento);
- ✓ 7 – Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada na SED.



EE.

Tel.

Anexo II
Ofício de solicitação

Caieiras, ____ de _____ 20__.

Ofício nº

Assunto: Solicitação de Profissional de Apoio para aluno com Necessidade Especial

A Direção da EE _____ vem por meio deste solicitar Profissional de Apoio para o aluno (nome do aluno), RA (nº do RA) como segue:

Endereço do aluno: _____, nº ____, Bairro _____, CEP _____

Deficiência: _____, CID _____

Código CIE: _____

Endereço da Escola: _____, nº ____, Bairro _____, CEP _____

Horário

() Classe Regular – 2ª a 6ª feira, horário ____: ____ à ____: ____

() Sala de Recursos – dias _____, horário ____: ____ à ____: ____

Cadeirante: () sim () não.

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e assinatura
(Diretor de Escola)

Ilmo Sr (a):



EE.

Tel.

DD Dirigente Regional de Ensino
Diretoria de Ensino Região –

Questionário individual dos alunos (Anexo III)

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE
PROFISSIONAL DE APOIO**

Nome do aluno: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Data:** _____

Unidade Escolar: _____

Diretoria de Ensino: _____

1- O (a) aluno (a) precisa de um profissional de apoio que o (a) auxilie em suas atividades da vida diária, como alimentação e higiene?

() sim

() não

Especificar: _____

2- Na unidade escolar (a) aluno (a) é auxiliado por alguém?

() sim

() não, mas necessita de auxílio

3– O caráter do apoio do Cuidador ao aluno será:

() temporário

() permanente

4- Caso o (a) aluno (a) seja auxiliado por alguém, quem é?

() mãe

() pai

() outro adulto da família

() criança da família

() adolescente da família



EE.

Tel.

- idoso da família
- idosa da família
- adulto vizinho
- profissional contratado
- outro:

5- O (a) aluno (a) precisa fazer uso contínuo de algum dos itens, abaixo relacionados?

- medicamentos
- alimentos especiais/dieta
- suplementos nutricionais
- vestimenta com tecido ou modelagem especial
- móveis e utensílios (*camas adaptadas, colchões especiais, outros*)
- instrumentos adaptados para alimentação e higiene pessoal
- fraldas descartáveis
- cadeira de rodas
- cadeira de rodas com assento sanitário para banho
- muleta
- andador
- bolsa de ostomia
- coletor urinário
- órtese para coluna
- órtese para membros superiores
- órtese para membros inferiores
- prótese de membro superior
- prótese de membro inferior
- outros:



EE.

Tel.

não precisa

6- Na escola, o (a) aluno (a) encontra barreiras físicas para acessar algum desses ambientes?

sala de aula

banheiro

pátio

refeitório/cantina

laboratório de informática

ginásio/quadra

biblioteca/sala de leitura

outros: _____

todos os ambientes da escola são acessíveis

7- A escola possui mobiliários adequados para as necessidades do (a) aluno (a)?

sim

não

Quais:

8 – A família foi informada sobre a presença e a função do Cuidador no atendimento do seu filho dentro da unidade escolar?

sim

não

Quem e como foi informada?



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE CAIEIRAS



EE.

Tel.

9 - A família aprova e valida o trabalho do Cuidador dentro da unidade escola?

() sim () não

Justifique:

Caieiras, ____ de _____ de _____

Diretor:

Assinatura e carimbo:

Pai, mãe ou responsável:

Assinatura:

PCNP Educação Especial:

Assinatura e carimbo:



EE.

Tel.

Anexo V

Termo de ciência/responsabilidade

TERMO DE CIÊNCIA/RESPONSABILIDADE

Caieiras, _____ de _____ de 20____

Eu, _____, RG nº _____,
responsável pelo aluno _____, RA nº _____,
declaro ter conhecimento dos serviços de transporte, apoio, alimentação e
ensino que serão prestados no curso regular e/ou na Sala de Recursos e, me
comprometo a informar, com a antecedência possível, suas eventuais
ausências e também afastamentos por licenças médicas ou outras, permitindo
assim a reprogramação desses serviços.

Assinatura do responsável