**ORIENTAÇÕES E MODELOS DE DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO PROFISSIONAL DE APOIO**

Informamos que para o atendimento de Profissional de Apoio aos alunos com deficiência, a Unidade Escolar deverá efetuar a solicitação, junto a esta Diretoria de Ensino, encaminhando ao Programa SPSemPapel diretamente para o Gestor de Contrato.

Documentação necessária:

**1 - Check list;**

**2** -**Ofício do diretor** solicitando profissional de apoio para cada criança indicada, contendo: nome completo, RA, série/ano, período e deficiência do aluno;

**3 - “Questionário Individual do aluno que necessita do Profissional”,** devidamente preenchido (inclusive com as **especificações** e **justificativas da solicitação**) assinado e datado pelo diretor da U.E. contendo carimbo do mesmo e da escola; (a U.E. preenche)

**4 - Termo de ciência/ responsabilidade do responsável; (segue modelo)**

**5 - Laudo médico com CID e assinatura legível**, preferencialmente atualizado com indicação e/ou solicitação de cuidador para o aluno;

**6 – Carta de solicitação, de próprio punho, do responsável; (segue modelo)**

**7 - Ficha de matrícula EMITIDA na SED;**

**8- Ficha EMITIDA na SED com evidência da deficiência;**

**9 - Cópia do documento do aluno;**

Lembramos que para o atendimento do **Profissional,** a Diretoria de Ensino precisa elaborar expediente, cumprindo todos os trâmites legais. O Processo requer que toda **documentação esteja correta,** para ser finalizado e encaminhado à Secretaria da Educação. Contamos com a colaboração dos senhores, visto que o profissional não tem como ser disponibilizado imediatamente após a solicitação. (demanda um tempo)

**SEGUE MODELOS ABAIXO**

Equipe de Educação Especial

**MODELO *CHECKLIST***

SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR 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: NOME DO ALUNO

(X) 1 - Ofício do diretor;

(X) 2 - Questionário Individual do aluno;

(X) 3 - Termo de ciência/ responsabilidade dos pais;

(X) 4 - Laudo médico com CID e assinatura legível,

(X) 5 - Carta de solicitação do responsável;

(X) 6- Ficha de matrícula emitida na SED;

(X) 7- Ficha da Necessidade Especial emitida na SED;

(X) 8- Cópia do documento do aluno;

Documentos conferidos em quantidade, numerados e compatíveis com a listagem assinalada pela unidade de origem e seu respectivo responsável, nos termos do Decreto n.º 60.334/2014. **Expediente composto de (XX) folhas.**

Diadema, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Diretor de Escola:Assinatura e carimbo: |
| PCNP Educação Especial:Assinatura e carimbo: |
| Dirigente Regional de Ensino:Assinatura e carimbo: |

**MODELO Ofício**

Diadema, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Oficio nº \_\_\_\_\_\_

Assunto: **Solicitação de profissional de apoio escolar para aluno com deficiência ou Transtorno do Espectro Autista**

A Direção da EE... vem por meio deste solicitar **profissional de apoio** escolar para o aluno (nome do aluno), RA (nº do RA) como segue:

**Endereço do aluno**: Rua Avenida Rodovia, nº \_\_ Bairro \_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_ CEP \_\_

**Deficiência**: \_\_\_\_\_, CID \_\_\_\_\_

**Código CIE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço da escola**: Rua Avenida Rodovia, nº XX, Bairro XX, Cidade XXX, CEP 00000-000

Horário

( ) **Classe Regular** - 2º a 6º feira, **Horário**

**Necessita de auxílio para**:

( ) Alimentação

( ) Higiene

( ) Mobilidade prejudicada

( ) Outros. **Especifique:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Faz uso de: ( )Cadeira de roda ( )Muleta ( )Andador

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | M | G | X | XG | XLG |

Faz uso de Fralda: ( ) sim ( ) não Tamanho:

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura

(Diretor de Escola)

Ilmo Sr (a):

DD Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino – Região de Diadema

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

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 Profissional de apoio escolar 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

( ) 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:

( ) 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 às necessidades do (a) aluno (a)?**

( ) sim ( ) não Quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( ) sim ( ) não

Quem e como foi informada?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**9 - A família aprova e valida o trabalho do Profissional de apoio escolar dentro da unidade escolar?**

( ) sim ( ) não . Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diadema,

|  |
| --- |
| Pai, mãe ou responsável legal:Assinatura: |
| Diretor de Escola:Assinatura e carimbo: |
| PCNP Educação Especial:Assinatura e carimbo: |

**SOLICITAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO DO RESPONSÁVEL**

**(MODELO)**

Diadema, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) na EE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito o benefício do CUIDADOR, considerando o laudo médico apresentado.

**Assinatura do Responsável**

**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DOS PAIS**

**(MODELO)**

Diadema, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno \_\_\_\_RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ter conhecimento dos serviços de transporte escolar, profissional de apoio escolar, 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**

**EMITIR NA SED FICHA DE MATRÍCULA**



**EMITIR NA SED EVIDÊNCIA DA DEFICIÊNCIA**

