



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

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.

NOME DO ALUNO: _____

- ☒ 1 – Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela D.E.);
- ☒ 2 – Laudos Médicos com CID e carimbo do médico legíveis;
- ☒ 3 – Solicitação, de próprio punho, do responsável (verso do questionário);
- ☒ 4 – Termo de Ciência/Responsabilidade do responsável pelo aluno;
- ☒ 5 – Questionário Individual dos Alunos que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e pela PEC de Educação Especial (preenchido e assinado);
- ☒ 6 – Cópia da Ficha de Matrícula e da Necessidade Especial informada na SED.

Documentos conferidos em quantidade, numerados e compatíveis com a listagem assinalada pela unidade de origem e seu respectivo responsável, nos termos do Decreto nº 60.334/2014. Expediente composto de ____ **XX** ____ folhas.

São Paulo, _____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura e carimbo do Diretor da Unidade Escolar)

(Assinatura e carimbo da Equipe de Educação Especial)

De acordo,



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

(Assinatura e carimbo do Dirigente da D.E.)

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Ofício nº

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

A Direção da E.E. _____ vem por meio deste solicitar Profissional de Apoio para o aluno (nome do aluno), R.A (nº do R.A), 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 _____:_____ às _____:_____

() Classe de Recurso – Dias_____, horário _____:_____ às _____:_____

Cadeirante: () SIM () NÃO

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura

(Diretor da Escola)



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

Ilmo. Sr (a):

DD Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino da Região

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE CUIDADORES

Nome do aluno: _____

Data nasc. ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____ RA _____

Série: _____ Horário Regular _____ Horário AEE: _____

Unidade Escolar: _____

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

() sim () não

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, em casa? Por quem?

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

- () 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: _____



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

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

Por quem? Explique como foi

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

- () sim () não

Justifique: _____



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

São Paulo, de de 2023.

Assinatura e Carimbo do Diretor

Obs: Caso a família não aprove a prestação de serviço, deve-se fazer juntada ao processo por escrito e tomar as devidas providências encaminhando as evidências para a equipe de educação especial.

Assinatura do pai ou responsável

TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Eu, (nome do responsável), RG nº

_____, responsável pelo aluno (nome do aluno), RM nº _____, solicito serviço de profissional cuidador e declaro ter conhecimento dos serviços de apoio, alimentação e ensino que serão prestados no curso regular e/ou sala de recursos e comprometo-me a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e afastamentos por licenças médicas e outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

RA: 0001 / SP
Nome: ISABELLY
Data de Nascimento: 18/02/2011

Dados Pessoais

Data de Alteração: 05/12/2022
Nome Social (DECR.55588/10):
Nome Afetivo (Lei Nº 16.785/18):
Sexo: FEMININO
Raça/Cor: PARDA
Tipos Sanguíneo:
Data de Nascimento: 18/02/2011
E-mail: l...@GMAIL.COM
Filiação 1:
Filiação 2:
Participa do Programa Bolsa Família: Não
Identificação Única - Educacenso:
Nacionalidade: Brasileira
Município de Nascimento: SAO PAULO-SP
Sigilo: Não
Quilombola: Não

Documentos

CPF:
RG: UF:
R.N.E:
Data Emissão RG/RNE:
NIS:
Cartão Nacional de Saúde - SUS:
Data Entrada no Brasil:
Emis. Cert.:
Comarca Cert.:
Distr. Cert.:
Livro:
Folha:
Número:

Deficiência

Aluno Possui Necessidade Educacional Especial: Sim : FISICA - OUTROS
Recursos Necessários para a Participação do Aluno em Avaliações: AUXÍLIO PARA TRANSCRIÇÃO
Cuidador: Sim: PERMANENTE
Profissional de Saúde: Sim: PERMANENTE
Mobilidade Reduzida: Sim: PERMANENTE