



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	() instrumentos adaptados para alimentação e
() alimentos especiais/dieta	higiene pessoal
() suplementos nutricionais	() fraldas descartáveis
() vestimenta com tecido ou modelagem especial	() cadeira de rodas
() móveis e utensílios (camas adaptadas, colchões especiais, outros)	() 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