# RELATÓRIO MENSAL DE AVALIAÇÃO

 **(CO-GESTOR/ DIRETOR)**

# MÊS (serviços Prestados):

Quantidade de dias letivos:

Diretoria de Ensino Região de Santo André Unidade Escolar: EE

Contratada (empresa):

Nome(s) do(s) supervisor(es):

Período: MANHÃ

Nome do(s) profissional(ais) de apoio escolar(es):

Nome do (a) Aluno (a) atendido (a):

Período: TARDE

Nome do(s) profissional(ais) de apoio escolar(es):

Nome do (a) Aluno (a) atendido (a):

Período: NOITE

Nome do(s) profissional(ais) de apoio escolar(es):

Nome do (a) Aluno (a) atendido (a):

Período INTEGRAL

Nome do(s) profissional(ais) de apoio escolar(es):

Nome do (a) Aluno (a) atendido (a):

Nome do (a) Aluno (a) atendido (a):

* Os profissionais de apoio escolar estão atendendo os alunos que os foram designados?

Se não, quais alunos?

* RESP:
* Há algum procedimento, previsto nas ações referencias, que não está sendo realizados pelo profissional de apoio escolar e que é necessidade do aluno? Quais?
* RESP:
* O profissional de apoio escolar atende as exigências previstas no contrato?

RESP:

* Outras observações

Santo André,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRETOR DE ESCOLA