# SECRETARIA DO ESTADO DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO DE CAPIVARI

Rua Regente Feijó, 773 – Centro – Capivari/SP

**RELATÓRIO MENSAL DE AVALIAÇÃO (CO-GESTOR)**

**MÊS:**

Diretoria de Ensino: Diretoria de Ensino Região de Capivari Unidade Escolar

 Contratada: (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) - CNPJ (XXXXXXXXXXXXX)

 Supervisor:

Nome do(s) PAE-AVD(s):

Listagem dos alunos atendidos no mês:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME: | RA: | ANO/SÉRIE: |
|  |  |  |
|  |  |  |

* O(s) PAE-AVD estão atendendo os alunos que foram designados? Se não, quais alunos?

R:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Quantas faltas ocorreram no mês? Informar (ausência) do PAE-AVD.

R:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Há algum procedimento, previsto nas ações referenciais, que não está sendo realizado pelo PAE-AVD e que é de necessidade do aluno? Qual?

R:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* O PAE-AVD atende as exigências previstas no contrato?

R:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Dias Letivos previstos em calendário oficial | Dias efetivamente trabalhados pelo PAE-AVD |
|  |  |

LOCAL, DATA

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

 Diretor da Escola