



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

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,

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

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)

Ilmo. Sr (a):

DD Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino da Região



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

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.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE CUIDADORES

Nome do aluno: _____

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

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 | () cadeira de rodas com assento sanitário para banho |
| () alimentos especiais/dieta | () muleta () andador |
| () suplementos nutricionais | () bolsa de ostomia () coletor urinário |
| () vestimenta com tecido ou modelagem especial | () órtese para coluna |
| () móveis e utensílios (<i>camas adaptadas, colchões especiais, outros</i>) | () órtese para membros superiores |
| () instrumentos adaptados para alimentação e higiene pessoal | () órtese para membros inferiores |
| () fraldas descartáveis | () prótese de membro superior |
| () cadeira de rodas | () prótese de membro inferior |
| | () outros: _____ |

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

() 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: _____

São Paulo, de de 2024.

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

**CÓPIA DA FICHA DE MATRÍCULA DA SED COM A DEFICIÊNCIA APONTADA E A NECESSIDADE DE
APOIO DE UM CUIDADOR PERMANENTE.**