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:_____

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

Declaração

O responsável legal deverá solicitar de próprio punho o cuidador para atendimento do estudante e autorizar o atendimento.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura do responsável (pai, mãe, tutor) pela autorização

Parecer da equipe de educação especial

_____

_____

_____

Nome do Cuidador _____ Empresa_____

Data: ___/___/___ _____

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
( ) 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
( ) 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: _____

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:_____
_____
_____

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.