

TIMBRE

ENTREVISTA/INVESTIGAÇÃO COM PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL DE ALUNO - ARQUIVO DE PRONTUÁRIO

(alunos recebidos pela escola ou que já estão nela há algum tempo; que constam registro no sistema de cadastro de alunos - identificados como público elegíveis aos serviços da educação especial - ou ainda alunos observados pela Equipe Pedagógica da UE que apresentam problemas de aprendizagem, mas que não estão cadastrados no sistema SED, como alunos elegíveis aos serviços da educação especial)

1. Nome do aluno: _____
2. Escola de origem: _____ Serie/Ano: _____
3. Observação pela Equipe Pedagógica () ou outros () _____ (ANEXAR)
4. Deficiência cadastrada pela Unidade de Origem (conforme consta na SED):

Especificidades	Necessidades	
SENSORIAL	1 - MÚLTIPLAS	
	2 - CEGUEIRA	
	3 - BAIXA-VISÃO	
	4 - SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA	
	5 - SURDEZ LEVE OU MODERADA	
	6 - SURDOCEGUEIRA	
FÍSICA	7 - FÍSICA - PARALISIA CEREBRAL	
	8 - FÍSICA - CADEIRANTE	
	9 - FÍSICA - OUTROS	
MENTAL/INTELCTUAL	10 - SÍNDROME DE DOWN	
	11 - DEFICIÊNCIA INTELCTUAL	
TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO	20 - AUTISTA CLÁSSICO	
	21 - SÍNDROME DE ASPERGER	
	22 - SÍNDROME DE RETT	
	23 - T. DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA	
ALTAS HABILIDADES	30 - ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO	

5. Nome do pai/mãe/responsável entrevistado: _____
6. O/A aluno/a, _____, RA/RG _____, veio para esta unidade escolar cadastrado/a no sistema com a deficiência _____, você confirma esta informação? () sim () não.
Justifique (histórico de acompanhamento com especialistas e/ou médico): _____

7. Qual é a importância da vida escolar para o seu filho/a? _____
- _____
- _____

8. Possui laudo médico (CID), avaliação psicológica/neurológica ou se encontra em processo de avaliação? _____
- _____
- _____

9. De acordo com as informações obtidas na entrevista, eu (Diretor da Escola / Professor especializado) _____
_____ RG _____, no uso de minhas competências e/ou atribuições administrativo-pedagógicas delego para a/o GOE/Diretor Escolar fazer as mudanças no sistema de cadastro de aluno SED, conforme segue:

- () 1. **Permanência** do referido/a aluno/a **no sistema de cadastro de aluno**, de acordo com a **comprovação** dos documentos - laudo médico (CID)/avaliação Psicológica/Neurológica;
- () 2. **Retirada do** referido/a aluno/a **no sistema de cadastro de aluno**, por **falta dos documentos que comprove** a deficiência cadastrada ou por **desconhecimento dos pais ou responsáveis legal** do aluno sobre o registro identificado na SED;
- () 3. **Manter temporariamente** o registro **no sistema de cadastro de aluno**, por **estar em processo de investigação e por não ter ainda concluída a avaliação/laudo médico e/ou obter PARECER** da Equipe de apoio à Educação Especial.
10. **Encaminha-se ao Professor Especializado**, para Avaliação Pedagógica Inicial (API) e Plano de Atendimento Educacional Especializado (PAEE).

_____/SP, ____ de ____ de 2024.

Ciência do pai/mãe/responsável legal

Diretor de Escola/Escolar