

## **INFORMAÇÃO SOBRE SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Em caso das solicitações que requerem **ANÁLISE** e **PARECER** da EQUIPE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL com **VALIDAÇÃO/HOMOLOGAÇÃO** da **Dirigente regional de Ensino**, sendo estas:

- Quando houver a indicação do **AEE individualizado** de **ATÉ quatro (4) aulas semanais** – segundo artigo 10 - §3º da Resolução SEDUC nº21/2023.
  - Quando houver a indicação **de Serviço de Profissional de Apoio Escolar – Atividades Escolares – PAE/AE** - segundo artigo 3º - VII da Resolução SEDUC nº21/2023. **NOTE: ESTE PROFISSIONAL DE APOIO AINDA ESTÁ EM FASE DE ANÁLISE E CONTRATAÇÃO PELA SEDUC**
- Abaixo encontra-se o modelo da folha inicial – **CAPA** (anexo I) que deve estar antes da Avaliação Pedagógica Inicial (API).

**ATENÇÃO:** Na **Avaliação Pedagógica Inicial (API)**, deve estar indicado no item “III – Encaminhamentos Pedagógicos, com indicações de apoios, recursos e serviço”, os serviços para o(a) estudante elegível ao serviço da educação especial, bem como a justificativa. O API deve estar assinado pelo(a) docente especializado(a), equipe gestora e equipe pedagógica da Unidade Escolar.

### **Desta forma deve-se encaminhar os seguintes documentos de forma física aos cuidados da Equipe da Educação Especial DER Catanduva:**

- 1º) Ofício solicitando ANÁLISE e PARECER da EQUIPE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL e especificar qual dos serviços serão solicitados (se 4 aulas semanais individual e/ou Profissional de Apoio Escolar – Atividades Escolares – PAE/AE);
- 2º) folha = **CAPA** – Anexo I (em anexo a este documento) antes da API;
- 3º) Avaliação Pedagógica Inicial (API) devidamente assinada pelo(a) docente especializado(a), equipe gestora e equipe pedagógica da Unidade Escolar;

Cabeçalho da Unidade escolar

4º Cópia do Laudo médico (com CID legível).

ANEXO I

MODELO DE AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA- API

I – Das informações Gerais do(a) Estudante, a partir do estudo de caso	
A) Informação referente ao(a) estudante	
Nome completo do(a) estudante	
Data de nascimento	
Unidade Escolar regular	
Unidade Escolar AEE (Se houver)	
Ano/série	
Endereço residencial	
Nome do responsável	
Laudo CID	B)
<input type="checkbox"/> Necessidade do AEE individualizado de quatro (4) aulas semanais.	
<input type="checkbox"/> Necessidade de Serviço de Profissional de Apoio Escolar – Atividades Escolares.	
Indicar:	
a) Frequência (Nº de vezes por semana para o Atendimento Educacional Especializado do(a) estudante)	
b) Composição do atendimento: ( ) Individual ( ) compartilhado (em dupla)	
c) Período de atendimento: de _____ (mês) a _____ (mês).	
Data da Realização da Avaliação Pedagógica Inicial	
Nome completo do(a) docente especializado(a)	
Assinatura do(a) docente especializado(a)	