Expediente: **SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO AO ALUNO – PAE – AVD (cuidador)**

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.

**Lembrando que os alunos que fazem jus ao direito do serviço PAE-AVD (cuidador), são os que apresentam laudo médico com os seguintes diagnósticos: Deficiência Intelectual, Transtorno do Espectro Autista, Deficiência Física, Deficiência Auditiva, Deficiência Visual, Altas Habilidades/Super Dotação – pessoal com deficiência – PCD.**

NOME DO ALUNO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_R.A.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

x

1 – Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela D.E.);

x

2 – Laudos Médicos com CID legível;

x

3 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;

x

4 – Termo de Ciência/Responsabilidade do responsável pelo aluno;

x

5 – Questionário Individual dos Alunos que necessitam de PAE-AVD, 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 e mapeamento.

 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.

Campinas, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

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

**(Assinatura do Diretor da Unidade Escolar)**