**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

**Nome do aluno**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Idade**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de Nascimento**: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Unidade Escolar**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1) O (a) aluno (a) precisa de um profissional de apoio que o (a) auxilie em suas atividades de vida diária, como alimentação e higiene?**

( ) Sim ( ) Não

Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**2) Na unidade escolar, o (a) aluno (a) é auxiliado por alguém?**

( ) Sim ( ) Não, mas necessita de auxílio

**3) O caráter do apoio ao aluno será:**

( ) Temporário ( ) Permanente

**4) Caso o (a) aluno (a) seja auxiliado por alguém em casa, quem é?**

( ) mãe ( ) pai ( ) outro adulto da família

( ) criança da família ( ) adolescente da família ( ) idoso(a) da família

( ) adulto vizinho ( ) profissional contratado ( ) outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5) O (a) aluno (a) precisa fazer uso contínuo de algum dos itens abaixo relacionados?**

( ) medicamentos – Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) alimentos especiais/dieta

( ) suplementos nutricionais

( ) vestimentas 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( ) não precisa

**6) Na escola, o (a) aluno (a) encontra barreiras físicas para acessar algum desses ambientes?**

( ) sala de aula ( ) banheiro ( ) ginásio/quadra

( ) refeitório/cantina ( ) laboratório de informática ( ) pátio

( ) 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 Profissional de Apoio no atendimento do seu filho dentro da unidade escolar?**

( ) Sim ( ) Não

Quem informou e como foi informado?

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

**9) A família aprova e valida o trabalho do Profissional de Apoio dentro da unidade escolar?**

( ) Sim ( ) Não

Justifique:

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

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_.

Pai, mãe ou responsável:

Assinatura

Diretor:

Assinatura e Carimbo