

MANUAL SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO

DER:

2019

Profissional de Apoio Para Alunos com Necessidades Especiais

Compõem o expediente de Solicitação de Profissional de Apoio:

- Check list (Anexo I – p. 3)
- Ofício da direção (padrão) (Anexo II – p. 4)
- Questionário individual dos alunos (Anexo III – p. 5)
- Termo de ciência/responsabilidade do responsável (Anexo V – p. 9)
- Laudos médicos com CID legíveis;
- Cópia dos documentos do aluno (RG e/ou Certidão de nascimento);
- Carta de solicitação do responsável (próprio punho);
- Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada na SED

Sugerimos que o expediente completo deve ser entregue diretamente no Protocolo da DE que será encaminhado ao Gestor para análise e posterior encaminhamento à Equipe de Educação Especial (PCNP e Supervisor).

Anexo I
Check list



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____

EE XXX XXXX XXXX

End:

Fone:

Expediente : **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.

Interessado:

- ☐ 1 - Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela DE);
- ☐ 2 - Laudos Médicos com CID;
- ☐ 3 - Solicitação, de próprio punho, do responsável;
- ☐ 4 - Termo de ciência/responsabilidade do responsável;
- ☐ 5 - Questionário Individual dos Alunos que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e pela PCNP – Ed. Especial (preenchido e assinado).
- ☐ 6 - Cópia de documentos do aluno (RG ou Certidão de Nascimento).
- ☐ 7 - 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 n.º 60.334/2014. Expediente composto de _____ folhas.

São Paulo, de _____ de 20__

(assinatura e carimbo do diretor)

Anexo II
Ofício de solicitação



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO DA REGIÃO _____

EE XXX XXXX XXXX

End: Fone:

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Ofício nº

Assunto: Solicitação de Profissional de Apoio para aluno com Necessidades Especial

A Direção da EE _____ vem por meio deste solicitar Profissional de Apoio para o aluno (nome do aluno), RA (nº do RA) 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 ____:____ à ____:____

() Classe de Recurso – Dias _____, horário ____:____ à ____:____

Cadeirante: () sim () não.

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura
(Diretor de Escola)

Ilmo Sr (a):
DD Dirigente Regional de Ensino
Diretoria de Ensino Região –

Anexo III
Questionário individual



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO _____
EE XXX XXXX XXXX
End: Fone:

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE
PROFISSIONAL DE APOIO PARA ALUNOS NE

Nome do aluno: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Data:** _____

Unidade Escolar: _____

Diretoria de Ensino Leste 4

1- O (a) aluno (a) precisa de um profissional de apoio que o (a) auxilie em suas atividades da 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, 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
() 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: _____
- _____
- ☐ não precisa

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

() sim () não

Quem informou e como foi informada?

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

() sim () não

Justifique:

São Paulo, _____ de _____ de _____

Diretor:

Assinatura e carimbo:

Pai, mãe ou responsável:

Assinatura:

PCNP Educação Especial:

Assinatura e carimbo:

Anexo V
Termo de ciência/responsabilidade

TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____

Eu, _____, RG nº _____, responsável pelo aluno _____, RM nº _____, declaro ter conhecimento dos serviços de transporte, apoio, alimentação e ensino que serão prestados no curso regular e/ou na sala de recursos e, me comprometo a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e também afastamentos por licenças médicas ou outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços.

Assinatura do responsável