



PREFEITURA DE
Bebedouro
CIDADE UNIDA E MODERNA

Secretaria
Municipal de
Educação

PORTARIA SEMEB N° 20, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2023.

Implantação de Instrumentos Orientadores do Atendimento Educacional Especializado – AEE, nas escolas de ensino fundamental e de educação infantil do Sistema Público Municipal de Ensino de Bebedouro.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE BEBEDOURO, no uso de suas atribuições legais e considerando que:

- a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei Federal n° 9394 de 20 de dezembro de 1996) estabelece, em seu art. 11, a incumbência dos municípios em organizar seu sistema de ensino;
- a Lei Municipal n° 5000 de 23 de junho de 2015, denominada Plano Municipal de Educação, estabelece na Meta 3, Estratégia 3.1 “manter e melhorar os instrumentos de acompanhamento individual dos alunos” da Educação Básica;
- a Resolução CNE/CEB n° 04/2009 institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial;
- a Lei n° 13.146, de 06 de julho de 2015, institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- os técnicos da Secretaria Municipal de Educação juntamente com o conjunto de educadores do AEE e coordenadores pedagógicos, elaboraram coletivamente um conjunto de Instrumentos Orientadores do Atendimento Educacional Especializado - AEE, no ano de 2018;
- esse acervo documental vem sendo utilizado pelos professores do AEE desde a sua elaboração, passando por avaliações ao longo do processo que comprovaram sua eficácia.

RESOLVE:

Artigo 1º Autorizar a implantação de Instrumentos Orientadores do Atendimento Educacional Especializado – AEE, na Educação Especial da Rede Municipal de Ensino de Bebedouro.



PREFEITURA DE
Bebedouro
CIDADE UNIDA E MODERNA

Secretaria
Municipal de
Educação

Artigo 2º A implantação de Instrumentos Orientadores do AEE terá como objetivos sistematizar, disciplinar e padronizar os procedimentos administrativos e pedagógicos adotados em todas as escolas municipais de ensino fundamental e educação infantil.

Artigo 3º Os Instrumentos Orientadores são compostos de um Guia de Orientações, acompanhados de anexos com modelos de Instrumentos e documentos, que correspondem na essência, aos recomendados pelo Ministério da Educação e por essa Secretaria de Educação.

Artigo 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Bebedouro, 01 de novembro de 2023.

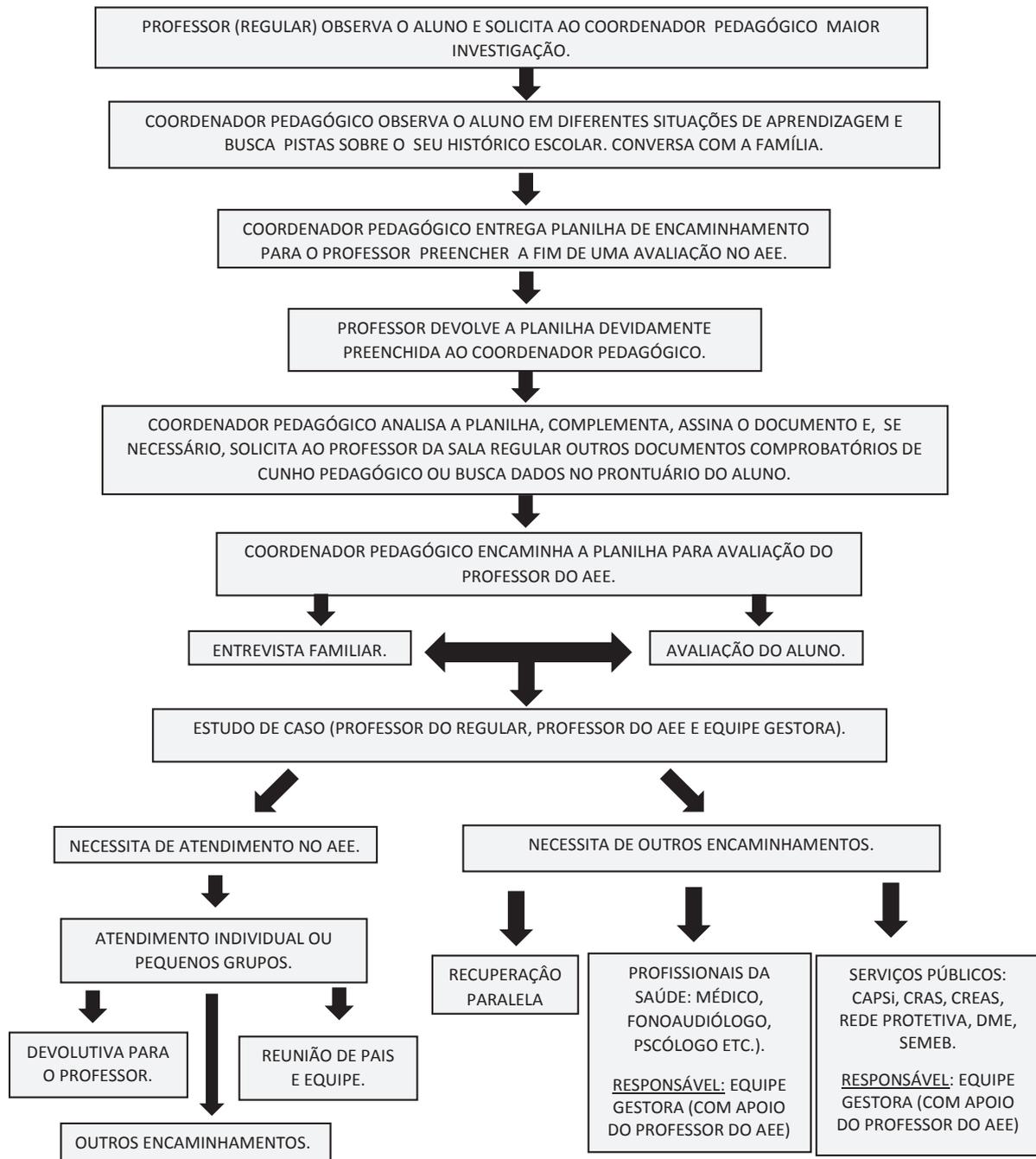
ANGÉLICA LAINETTI MASSARO
Secretária Municipal de Educação
RG. 30.378.013-7

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.
Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

PROCEDIMENTO PARA ATENDIMENTO - Fluxograma



Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

PLANILHA DE CONTROLE DE ALUNOS

Unidade Escolar: _____

Data: / /

Nome da criança	Turma	Deficiência ou suspeita	Diagnóstico		Atendimento		Outro(s) atendimentos	Possui cuidador		Prof. Resp. AEE
			Sim	Não	AEE	APAE		Sim	Não	

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Nome da criança	Turma	Deficiência ou suspeita	Diagnóstico		Atendimento		Outro(s) Atendimentos	Possui cuidador		Prof. Resp. AEE
			Sim	Não	AEE	APAE		Sim	Não	

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO NO AEE

Orientações ao Professor

“Se uma criança não pode aprender da maneira que é ensinada, é melhor ensiná-la da maneira que ela pode aprender.” (Marion Welchmann)

Prezado (a) professor (a),

Essa planilha tem como objetivo colher dados preliminares sobre o aluno que justifique seu encaminhamento ao Atendimento Educacional Especializado da escola a fim de ser realizada uma avaliação pelo professor especialista. Para que se possa fazer um bom estudo do aluno encaminhado, é importante algumas informações, que só você, professor(a) que o acompanha na rotina escolar, pode fornecer. As questões que se seguem dizem respeito às áreas do desenvolvimento infantil a serem trabalhadas, com vistas ao progresso global dos alunos, na certeza de que:

1. A natureza das disfunções na aprendizagem deve ser considerada como consequência de inúmeros fatores, e não como a causa primeira do fracasso escolar.
2. A modificação do quadro de insucessos pode ocorrer em qualquer idade, e não apenas em crianças pequenas.
3. As estratégias de intervenção devem ser adequadas aos interesses e necessidades das crianças, evitando-se estímulos tão elementares que possam provocar desinteresse pelo aprender, reforçando-lhe, ao mesmo tempo autoconceitos negativos.
4. As dificuldades na aprendizagem podem ser superadas quando os alunos são devidamente estimulados e aceitos.

É importante destacar que, somente problema de aprendizagem e/ou comportamental não justifica o encaminhamento.

Certo de contar com o apoio,

*Secretaria Municipal de Educação de Bebedouro
Coordenação da Educação Especial*



Atendimento Educacional Especializado - AEE

PLANILHA DE ENCAMINHAMENTO

*Ficha do Aluno a ser preenchida pelo Professor da Sala Regular
com informações visando avaliação do aluno pelo
professor do AEE*

Ano letivo: _____

Unidade Escolar: _____

Nome do Professor: _____

Nome do Coordenador Pedagógico: _____

A família do(a) aluno(a) concordou com este encaminhamento: () Sim () Não

OBSERVAÇÃO: O ENCAMINHAMENTO SÓ PODERÁ SER FEITO COM O CONSENTIMENTO DA FAMÍLIA. EM CASO NEGATIVO, O RESPONSÁVEL DEVERÁ ASSINAR O TERMO DE RECUSA DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO, ENTREGUE PELO COORDENADOR PEDAGÓGICO.

1- Informações do Aluno:

Nome do Aluno: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Ano/Turma: _____ Integral () Parcial () Período: Manhã () Tarde ()

Filiação: Pai - _____

Mãe - _____

Possui irmãos? () Sim () Não. Quantos? _____

O aluno apresenta faltas escolares frequentes? () Sim () Não. Se sim, quantas até o momento? _____. Qual o principal motivo? _____

Outras observações _____



2- Descrição do Encaminhamento

Você realizou sondagem inicial da Semeb prevista para todos os alunos?

Sim () Não ()

Em caso negativo, justifique: _____

Se sim, descreva resumidamente o resultado obtido pelo aluno _____

LEMBRE-SE QUE, ANTES DE QUALQUER ENCAMINHAMENTO, É IMPRESCINDÍVEL A REALIZAÇÃO DA SONDADEM INICIAL E A OBSERVAÇÃO DO ALUNO EM DIFERENTES SITUAÇÕES DE APRENDIZAGEM. SÓ PROSSIGA DEPOIS DESTA ETAPA CONCLUÍDA.

Por qual(ais) motivo(s) você está encaminhando o(a) aluno(a) para avaliação no AEE?

Considera qual(ais) hipótese(s) que poderia(m) caracterizar o(a) aluno(a):

() Deficiência:

() Deficiência auditiva () Surdez () Deficiência intelectual () Deficiência física

() Deficiência visual (cegueira) () Deficiência visual (baixa visão)

() Surdocegueira () Deficiência múltipla

OU

() Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD):

() Síndrome de RETT () Transtorno Desintegrativo da Infância

() Transtorno do Espectro do Autismo – TEA () Síndrome não especificada

OU

() Altas habilidades/superdotação

Outras observações: _____

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRy Signer ou o verificador de sua preferência.



O(a) aluno(a) tem diagnóstico e/ou laudo médico? Sim Não Não sei

Se, sim, descreva o conteúdo do diagnóstico e/ou laudo? CID: _____

Qual foi o profissional que emitiu o diagnóstico/laudo?

Neurologista Psiquiatra Outro(s) Qual(is) _____

SE POSSÍVEL, ENVIE JUNTO COM ESTA PLANILHA UMA CÓPIA DO DIAGNÓSTICO E/OU LAUDO.

Toma algum tipo de medicamento?

Sim Não

Faz algum outro tipo de acompanhamento profissional/atendimento clínico?

Sim Não

Se sim, qual(is)?

Psicológico Pedagógico
 Psico-pedagógico Fonoaudiológico
 Outro(s) _____

O aluno possui alguma restrição específica? Alimentar Física Outra

Qual(is)? _____

O que o aluno é capaz de fazer (habilidades), considerando os aspectos cognitivos, de motricidade, artísticos etc?

Quais atividades escolares o(a) aluno(a) mais gosta de desenvolver?



Quais atividades escolares o aluno apresenta dificuldades em realizar?

Diante das dificuldades apresentadas anteriormente, quais estratégias pedagógicas foram feitas em sala de aula antes do encaminhamento ao AEE?

Quais foram os avanços observados? Descreva-os:

Existe algum tipo de comportamento/atitude/mania específico do aluno que chama a sua atenção?

() Sim () Não

Se sim, qual(is) ? _____

O(a) aluno(a) participa de outras atividades, como esportes, música, artes, oficinas curriculares e/ou outras?

() Sim () Não () Não sei

Você acha que o(a) aluno(a) necessita de outros tipos de atendimentos, além do AEE?

() Sim () Não () Não sei

Se sim, qual(is): _____



Quais outras informações relevantes foram levantadas junto à família do(a) aluno(a)?

Observações adicionais (se necessário):

ENVIE, ANEXO A ESTA FICHA, ARQUIVO DE TEXTO, IMAGEM, ÁUDIO E/OU VÍDEO QUE POSSAM MOSTRAR PRODUÇÕES DO(A) ALUNO(A) E SUA INTERAÇÃO COM O GRUPO DE COLEGAS. ESTE MATERIAL PODERÁ SER ENCAMINHADO PARA A COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA.

.....

3- Informações do Coordenador Pedagógico:

(A ser preenchido apenas pelo coordenador pedagógico)

Quais mediações pedagógicas você realizou junto ao(a) professor(a) de sala regular antes de encaminhar o(a) aluno(a) para avaliação no AEE?

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Além da observação do professor de sala regular, houve discussão sobre a situação do aluno nos Conselhos de Classes ou em outras reuniões?

() Sim () Não

Quais encaminhamentos foram propostos?

O encaminhamento do (a) aluno (a) para avaliação no AEE foi discutido com outros professores da escola que atende o aluno? Se sim, quais as contribuições de cada um?

Observações adicionais (se necessário):

Bebedouro (SP), ____ de _____ de _____.

Nome do Professor da Sala Regular

Assinatura

Nome do Coordenador Pedagógico

Assinatura

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

Unidade Escolar: _____

Professor do Ensino Regular: _____

Coordenador Pedagógico: _____

TERMO DE RECUSA DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO

Eu, _____, RG _____, responsável pelo aluno _____, devidamente matriculado nessa unidade escolar no _____ ano do Ensino Fundamental, **NÃO AUTORIZO** o encaminhamento para uma avaliação do professor do AEE, que atua na Sala de Recursos Multifuncionais dessa instituição escolar, mesmo sendo orientado(a) pelo coordenador pedagógico sobre a necessidade e importância dessa avaliação nesse momento. Para tanto alego _____

Bebedouro, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável

Assinatura

Carimbo e assinatura do diretor de escola



Atendimento Educacional Especializado - AEE

Unidade Escolar: _____

ENTREVISTA FAMILIAR

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
D.N: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () M () F
Ano escolar _____ Parcial () Integral ()
Endereço: _____ n° _____
Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefone/Cel para contato: _____

PAIS OU RESPONSÁVEIS

Nome do pai: _____
Idade: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____
Local de Trabalho: _____
Nome da mãe: _____
Idade: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____
Local de trabalho: _____
Nome de outro(a) responsável: _____
Idade: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____



Local de Trabalho: _____

Estado civil:

- () Solteiro(a)
() Casado(a)
() Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)
() Viúvo(a)
() Outro

Possui outros filhos? () Sim () Não. Se sim, quantos? _____

Nome(s) e idade(s): _____

Moradia: Casa própria () Cedida () Alugada ()

Número de cômodos: _____

Renda familiar: () Até um salário mínimo () De dois a três salários mínimos ()
De três a quatro salários mínimos () Mais de quatro salários mínimos

Recebe algum benefício? () Sim () Não

Se sim, qual(is)? _____

Na ausência dos pais ou responsáveis com quem fica a criança? _____

Como a criança gosta de ser chamada? _____

DADOS DA GRAVIDEZ/NASCIMENTO DA CRIANÇA

Idade dos pais no período de nascimento do bebê: mãe _____ pai _____

A gravidez foi planejada? () Sim () Não

Como foi a gestação? _____

Realizou o pré-natal? () Sim () Não. Onde? _____

Teve alguma doença durante a gestação? () Sim () Não

Se sim, qual(is)? _____



A mãe tomou alguma medicação durante a gravidez? () Sim () Não

Se sim, qual(is): _____

Foi fumante? () Sim () Não

Fez uso de bebidas alcoólicas? () Sim () Não

Utilizou algum tipo de substância psicoativa? () Sim () Não. Se sim, qual(is)?

Como foi o nascimento do bebê?

() a termo () prematuro - _____ meses

() natural () cesariana () fórceps

() parto rápido () parto demorado () emergência

() incubadora - quanto tempo? _____

Apresentou icterícia? () Sim () Não

Onde nasceu? _____

Resultado do teste do pezinho: _____

Apgar [] Peso: _____ Medida: _____

Teste da Orelhinha: _____ Teste do Olhinho: _____

Observações: _____

FASES DO DESENVOLVIMENTO

Até qual idade foi amamentado(a)? _____

Quando começou a falar? _____

Se ainda não desenvolveu a fala, comunica-se de que maneira?

Apresenta problema na fala: () Sim () Não

Se sim, qual(is):

- troca de fonemas ()



- fala infantilizada ()
 - gagueira () Outros? _____
 Dorme no quarto sozinho? () Sim () Não. Se não, dorme acompanhado de quem?

 Como é o sono? _____
 Engatinhou? () Sim () Não. Se sim, com quantos meses? _____
 Andou com quanto tempo? _____
 Tem bom equilíbrio? () Sim () Não
 Apresenta alguma dificuldade em manipular objetos? () Sim () Não
 A lateralidade está definida? () Sim () Não

Observações: _____

SAÚDE DA CRIANÇA/FAMÍLIA

- Possui convênio médico? () Sim () Não. Se sim, qual? _____
 A criança apresentou algum problema de saúde? Cite:
 - caxumba () - catapora () - pneumonia () - meningite ()
 - sarampo () - hepatite () - toxoplasmose () - rubéola ()
 - outro(s)? _____
 Possui algum tipo de deficiência?
 () Sim () Não. Se sim, qual(is)? _____
 Tem diagnóstico/laudo médico? () Sim () Não CID: _____
 Está fazendo algum tipo de tratamento? () Sim () Não
 Se sim, há quanto tempo? _____
 Faz uso de medicamento? () Sim () Não
 Se sim, qual(is)? _____



Qual(is) o(s) horário(s) da medicação? _____

Se não, já fez uso de algum medicamentos? () Sim () Não

Qual(is) _____

Passou por procedimento cirúrgico? () Sim () Não. Se sim, qual(is)?

Apresentou ou apresenta:

- convulsões ()

- desmaios ()

- bronquite ()

- crise de asma ()

- alergias () Qual(is)? _____

Faz algum tipo de acompanhamento? () Sim () Não. Se sim, qual(is):

() APAE () CAPSi () AMO () AVIDA () Outro _____

Faz algum outro tipo de acompanhamento profissional/atendimento clínico?

() Sim () Não

Se sim, qual(is)?

() Psicológico () Pedagógico

() Psicopedagógico () Fonoaudiológico

() Outro _____

Qual é o nome do(s) profissional(is) que atende(m) a criança?

Já sofreu algum acidente? () Sim () Não. Se sim, relate: _____

Há casos de alcoolismo na família? () Sim () Não

Há casos de doença mental na família? () Sim () Não

Há casos de epilepsia na família? () Sim () Não

Observações: _____



ALIMENTAÇÃO

Fale sobre dados importantes relacionados a alimentação da criança: _____

Tem horário estabelecido para comer? () Sim () Não

Existe alguma restrição alimentar? () Sim () Não

Se sim, qual(is)? _____

Alimenta-se sozinho? () Sim () Não

Rejeita algum tipo de alimento? () Sim () Não Se sim, qual(is)? _____

Observações: _____

AUTOCONTROLE/HIGIENE

Tem controle de esfínteres? () Sim () Não

Depois de usar o banheiro, sabe fazer a higiene? () Sim () Não

Toma banho sozinho(a)? () Sim () Não

Veste-se sozinho(a)? () Sim () Não

Observações: _____

CONDIÇÕES EMOCIONAIS/PERSONALIDADE

Sente algum(ns) medo(s) específico(s)? () Sim () Não. Se sim, qual(is):



Aponte as principais características da criança:

Calma () Agitada () Agressiva () Impulsiva ()

Emotiva () Tímida () Atenta () Ciumenta ()

Autoritária () Provocadora () Outra(s) _____

Como reage quando contrariada? _____

Possui algum hábito, tais como:

- chupar chupeta () - chupar dedo ()

- usar mamadeira () - roer as unhas () Outro () _____

Carrega algum objeto consigo?

() Sim () Não. Se sim, qual(is)? _____

Observações: _____

SOCIALIZAÇÃO

Prefere brincar: () Sozinho () Com outras crianças

Têm facilidade para fazer amizades? () Sim () Não

Costuma brigar com os amigos? () Sim () Não () Às vezes

Normalmente, como é a interação com o grupo?

() É aceita () É rejeitada () Isola-se

() Coopera com o grupo () É capaz de ouvir os outros

Gosta de televisão? () Sim () Não. Se sim, o que costuma assistir? _____

Brinca com jogos eletrônicos? () Sim () Não. Se sim, quais jogos e quantas horas diárias? _____



Gosta de ouvir música? () Sim () Não. Se sim, qual preferência musical?

Pratica algum tipo de esporte? () Sim () Não. Se sim, qual(is)? _____

Observações: _____

RELACIONAMENTO FAMILIAR

Como é o relacionamento familiar? () Ótimo () Bom () Regular () Péssimo

A criança vivencia momentos de discussões e/ou brigas no ambiente familiar?

() Sim () Não

A criança está acostumada a ouvir "palavrões" dentro do lar? () Sim () Não

Em média, qual é o tempo reservado de convívio diário com a criança? _____ horas

Observações: _____

INFORMAÇÕES ESCOLARES

Frequentou a Educação Infantil? () Sim () Não

Se sim, a partir de qual idade? _____

Em qual U.E: _____

Gosta da escola onde estuda? () Sim () Não () Mais ou menos

O que mais gosta na escola? _____

O que menos gosta na escola? _____

Utiliza algum meio de transporte para ir para a escola? () Sim () Não



Se sim, qual? _____

Demonstra afeto pelo(a) professor(a)? () Sim () Não () Mais ou menos

Possui cuidador? Auxiliar? Apoio? () Sim () Não. Se sim, comente:

Como é o rendimento escolar? () Ótimo () Bom () Regular

Passou por alguma retenção? () Sim () Não. Se sim, em qual(is) ano(s) escolar(es)?

() 3º ano () 5º ano () Outro. Qual(is) _____

Já frequentou sala de recursos multifuncionais? () Sim () Não

É organizado com seus materiais ou pertences? () Sim () Não

Realiza tarefas escolares? () Sim () Não

Precisa de apoio para realizá-las? () Sim () Não

Se sim, quem ajuda? _____

Onde realiza as tarefas escolares? _____

Os pais ou responsáveis participam das reuniões bimestrais na escola? () Sim () Não

Costuma comparecer à escola quando solicitado? () Sim () Não

Ocorreu algum fato relevante na história escolar? _____

Observações: _____

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Atendimento Educacional Especializado – AEE

Unidade Escolar: _____

Nome do aluno: _____

Professora do AEE: _____

Nome do responsável: _____

TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO PARA O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

Senhores pais ou responsáveis,

O presente Termo de Compromisso informa sobre normas do Atendimento Educacional Especializado oferecido pela unidade escolar, na sala de recursos multifuncionais.

Normas a serem seguidas:

- 1- O aluno deverá comparecer ao Atendimento nos dias e horários estipulados;
- 2- Três faltas injustificadas consecutivas poderão acarretar o afastamento do estudante do AEE;
- 3- Os responsáveis que queiram interromper o AEE oferecido ao aluno devem comparecer à escola para assinatura do TERMO DE DESISTÊNCIA;
- 4- É dever dos responsáveis comparecer às reuniões com os profissionais do AEE e manter atualizado os contatos;
- 5- A infrequência do aluno ao AEE será comunicada à direção da escola que tomará as medidas cabíveis.

Dia(s) da semana (atendimento) : _____ Horário: _____

Por declarar estar ciente das normas do AEE supracitadas, assinam o presente **termo de compromisso e autorização** de atendimento ao estudante no corrente ano.

Bebedouro, ____ de _____ de _____.

Responsável



Atendimento Educacional Especializado - AEE

Unidade Escolar: _____

Professora do Ensino Regular: _____

Professora do AEE: _____

TERMO DE DESISTÊNCIA DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO - AEE

Eu, _____, RG _____,
responsável pelo (a) aluno(a) _____,
devidamente matriculado nessa unidade escolar no _____ ano do Ensino Fundamental,
DESISTO do Atendimento Educacional Especializado (AEE), oferecido na Sala de Recursos
Multifuncionais dessa instituição escolar, mesmo estando ciente dessa necessidade para a
aprendizagem da criança. Para tanto alego _____

Bebedouro, _____ de _____ de _____.

Nome do Responsável

Assinatura

Carimbo/assinatura do diretor



Atendimento Educacional Especializado - AEE

DEVOLUTIVA DA AVALIAÇÃO DO PROFESSOR DO AEE AO PROFESSOR DO ENSINO REGULAR

Data: ____/____/____

Unidade Escolar: _____
Nome do aluno: _____ Ano: _____
Professora do ensino regular: _____
Professora do AEE: _____

I – INTRA-ESCOLARES

1- Fez entrevista com a família? () Sim Não ()

Dados relevantes: _____

2- Após avaliação no AEE, necessita de atendimento:

() Sim () Não

Se sim, dia e horário do atendimento: _____

3- Necessitará de acompanhamento/observação em sala de aula:

() Sim () Não

4- Possui laudo médico:

() Sim () Não () No aguardo

Principal(is) diagnóstico(s): _____

5- Faz uso de Medicamento(s):

() Sim () Não. Se sim, qual(is): _____

Resumo do que foi observado: _____



Encaminhamentos realizados:

II – EXTRA-ESCOLARES

1- Atendimento com profissionais da saúde: () Já faz () Necessita.

() Pediatra () Neurologista () Psiquiatra () Nutricionista () outro(s)

Qual(is): _____

2- Acompanhamento especializado: () Já faz () Necessita.

() Fonoaudiólogo () Psicólogo () Psicopedagogo () Outro(s)

Qual(is): _____

3- Necessita de encaminhamento aos serviços públicos:

() CREAS () CAPSi () CRAS () Rede Protetiva () Conselho Tutelar

() Outro _____

III- ORIENTAÇÕES AO (À) PROFESSOR(A) DA SALA REGULAR:

DATA: ____/____/____

Assinatura

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

PLANO DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL - PDI

Data da elaboração: ____ / ____ / ____.

1- IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome do aluno: _____

D.N. ____/____/____ Idade: ____ a ____ m Ano/período: _____

Unidade escolar: _____

Professor da sala regular: _____

Professor do AEE: _____

2- RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO PERCURSO ESCOLAR



3- HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR

4- AVALIAÇÃO INICIAL - AEE



5- PLANO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

ESTRÁTEGIAS E RECURSOS

6- REDE DE APOIO

PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS E SERVIÇOS



7- CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO

8- AVALIAÇÃO EM PROCESSO - AEE



9- AVALIAÇÃO FINAL - AEE

10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



Atendimento Educacional Especializado - AEE			
PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO			
Unidade Escolar:			
Nome do professor:			
Nome do aluno	Dias de atendimento	Horário de atendimento	Ações desenvolvidas



Atendimento Educacional Especializado - AEE

REGISTRO DIÁRIO DO ALUNO

Unidade escolar: _____
Aluno: _____ Ano: _____
Professor do AEE: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.
Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Data: ___/___/___ Relatório: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Data: ___/___/___ Relatório: _____

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.
Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRy Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

ENCAMINHAMENTO PARA PROFISSIONAL ESPECIALIZADO OU SERVIÇO

Unidade Escolar: _____

Nome do aluno: _____ DN: ____/____/____

Nome do responsável: _____

Ano escolar: _____ Período: Manhã () Tarde () Integral ()

Diretor de Escola: _____

Coordenador Pedagógico: _____

Professora do Ensino Regular: _____

Professora do AEE: _____

A família está de acordo com esse encaminhamento? Sim () Não ()

Possui algum acompanhamento? Sim () Não () Qual? _____

Solicita encaminhamento para: CAPSi () APAE () AMO () AVIDA () Outra instituição ()

Qual? _____

Ou especialista do Plano de Saúde ()

Qual especialista? _____

Qual Plano? _____

Motivo do encaminhamento (Queixa/Justificativa):



Atendimento Educacional Especializado - AEE

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Escola: _____ Professor: _____ Turno: M [] T []

Ano: 2018 Mês: _____

NOME	DIAS												Total Atend.	Total Aus.	Total Freq.	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Legenda: C= Compareceu F= Faltou FJ= Falta Justificada Atend.= Atendimento Aus.= Ausência Freq.= Frequência

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

Unidade escolar: _____
Aluno: _____ Ano: _____
Professor do AEE: _____

Data: ___/___/___	Profissional:

Data: ___/___/___	Profissional:

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.
Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRy Signer ou o verificador de sua preferência.



Data: ___/___/___	Profissional:

Data: ___/___/___	Profissional:

Data: ___/___/___	Profissional:

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.
Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Data: ___/___/___	Responsável:
Assinatura _____	

Data: ___/___/___	Responsável:
Assinatura _____	

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. Para verificação e detalhes da assinatura utilize o software BRY Signer ou o verificador de sua preferência.



Atendimento Educacional Especializado - AEE

ITINERÂNCIA

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

Professor AEE	Unidade Sede	Unidade Itinerância	Dia(s) da semana	Carga horária	Alunos atendidos

Rua Coronel Conrado Caldeira, 470 – Centro – Bebedouro/SP CEP: 14.701-000 Telefone: 17-3344-6100
www.bebedouro.sp.gov.br / educacao@bebedouro.sp.gov.br