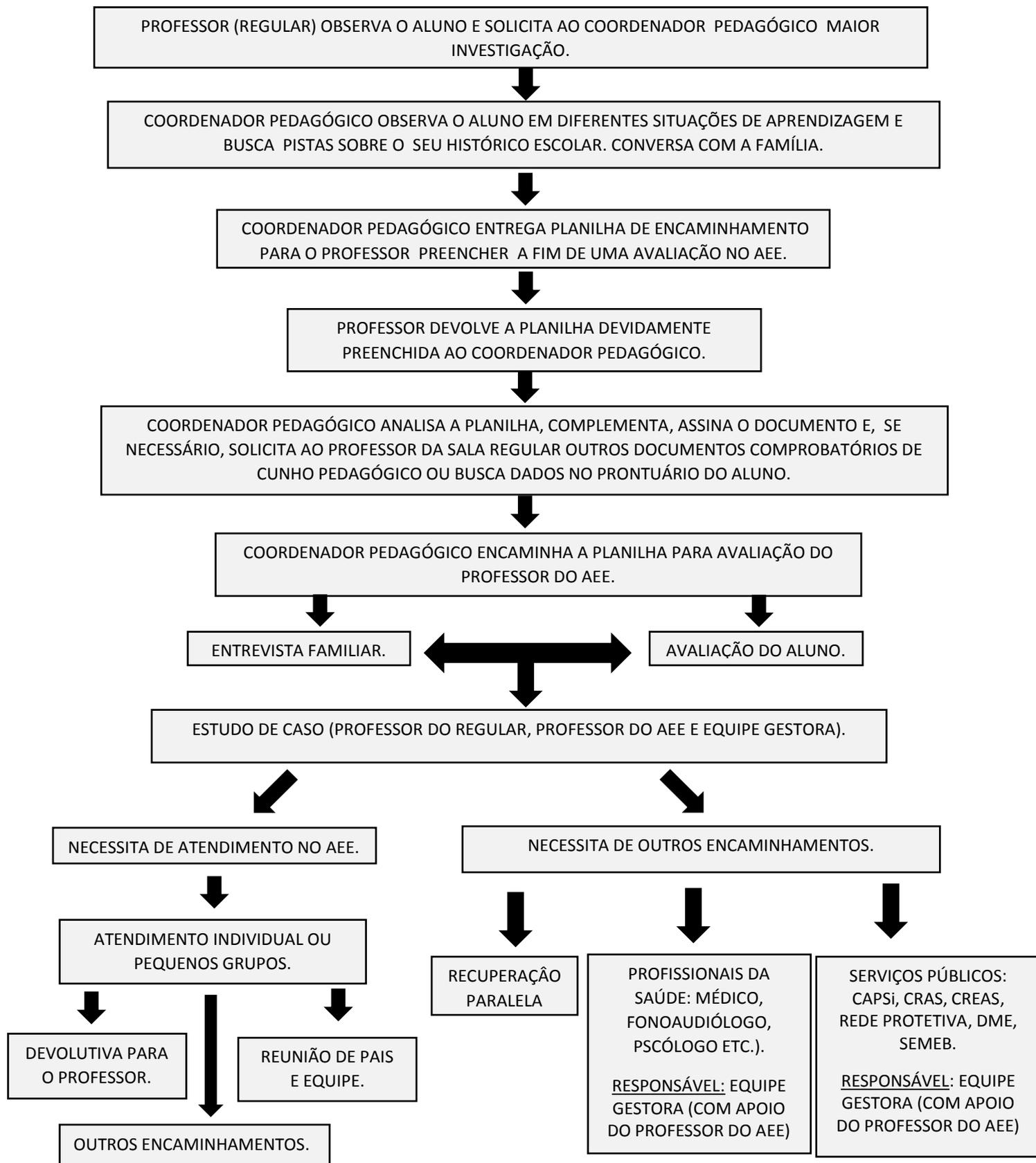




# Atendimento Educacional Especializado - AEE

## PROCEDIMENTO PARA ATENDIMENTO - Fluxograma





## 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	



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



# 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 SONDAÇÃO 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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?

---

---

---

---

---

---

---

---



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



## 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: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

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



## 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Relatório:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Relatório:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Relatório:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Relatório:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Relatório:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



## 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):

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




---



---



---

Observações relevantes sobre as dificuldades e necessidades da criança:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Bebedouro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo preenchimento dos dados

Solicitante: \_\_\_\_\_

Diretor

Assinatura: \_\_\_\_\_













## Atendimento Educacional Especializado – AEE

### ITINERÂNCIA

## PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

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