|  |
| --- |
| **SUPERGANDO – TEA: PROGRAMA DE SUPORTE PEDAGÓGICO PARA ESTUDANTE COM TEA**  **PERFIL DO ESTUDANTE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **I – IDENTIFICAÇÃO** | |
| Nome: | |
| Ano/série | |
| Nome do professor: | |
| DN: / / Idade: | |
| Possui diagnóstico/laudo? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual o CID: | |
| Médico que emitiu o diagnóstico/laudo:  Data do laudo: | |
| Nível de suporte: Faz uso de medicamento? ( ) Sim ( ) Não | |
| Se sim, qual/quais (identificar): | |
| Necessita de profissional de apoio em sala de aula? ( ) SIM ( ) NÃO | |
| Se sim, o estudante conta com um profissional de apoio? ( ) SIM ( ) NÃO | |
| Em quais momentos da rotina esse profissional de apoio se faz necessário?  Locomoção ( ) Higiene( ) Alimentação ( ) ( ) Comunicação  ( ) Outros momentos – Identifique-os:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| O estudante conta com Atendimento Educacional Especializado? ( ) SIM ( ) NÃO | |
| Se sim, qual o nome do profissional do AEE? | |
| **II - PARTICULARIDADES DA SUA PERSONALIDADE** |
| 1. Principais características: |
| 2. Principais áreas de interesse (brinquedos, jogos, temas, etc.): |
| 3. Gosta de fazer no tempo livre: |
| 4. Deixa o estudante muito feliz: |
| 5. Deixa o estudante muito triste ou desconfortável: |
| 6. Objeto de apego: ( ) Sim ( ) Não (manter atualizado, informando a data)  Se sim, qual? |

|  |
| --- |
| **III - COMUNICAÇÃO** |
| 7. Precisa de comunicação alternativa para expressar-se? Sim ( ) Não ( ) |
| 8. Entende instruções dadas de forma verbal? Sim ( ) Não ( ) - Se não, como você recomenda dar instruções? |

|  |
| --- |
| **IV -PREFERÊNCIAS, SENSIBILIDADES E DIFICULDADES** |
| 9. Apresenta sensibilidade: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Tátil ( ) Outros estímulos  Se sim, como manejar em sala de aula? |
| 10.Apresenta seletividade alimentar? Sim ( ) Não ( ) - Caso sim, quais são os alimentos preferidos e os que ele(a) evita?  Preferidos:  Evita: |
| 11. Com quem tem mais afinidades na escola (professores, colegas)? Identifique-os. |
| 12. Como ele reage no contato com novas pessoas ou situações? |
| 13. O que ajuda e o que dificulta sua interação na escola? |
| 14. Há interesses específicos ou hiperfoco em algum tema ou atividade? |
| 15. Como ele(a) aprende melhor?  ( ) Recurso visual ( ) Recurso auditivo ( ) Material concreto ( ) Outros – identificar |
| 16. Gosta de atividades em grupo ou prefere trabalhar sozinho(a)? |
| 17. Quais estratégias são utilizadas e se mostraram eficazes? |
| 18. O que desperta seu interesse para realizar uma tarefa/atividade? |

|  |
| --- |
| **IV – INFORMAÇÕES ADICIONAIS DA FAMÍLIA** |
| 19. Há expectativas expressas da família em relação ao desempenho e a inclusão do estudante na sala de aula? |
| 20. Existe alguma estratégia utilizada no contexto familiar que pode ser replicada na escola? |
| 21. Caso o estudante tenha uma crise ou situação de estresse elevado, o que fazer? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **O estudante passa por outros atendimentos, além do AEE? Se sim, indique abaixo:** | | | |
| **DIA DA SEMANA** | **HORÁRIO** | **NOME DO PROFISSIONAL** | **ESPECIALIDADE/ÁREA** |
| Segunda-feira |  |  |  |
| Terça-feira |  |  |  |
| Quarta-feira |  |  |  |
| Quinta-feira |  |  |  |
| Sexta-feira |  |  |  |

Este documento é um ponto de partida para construir uma relação de confiança e colaboração entre o(s) professor(es) da sala de aula/especialista do AEE, profissionais da equipe multidisciplinar, estudante e família. Ele deve ser revisado e atualizado regularmente, considerando os avanços e as mudanças nas necessidades do estudante.

Nota: As respostas e informações coletadas devem ser tratadas com SIGILO e RESPEITO, devendo ser usadas exclusivamente para promover o bem-estar e a inclusão do estudante na sala de aula.

