

**Instituição Parceira**

**SEEDF**

**Orientações para Solicitações de Suporte Técnico:**

**Avaliação Funcional**

**Estudo de Caso**

**Supervisão**

**SUPORTE TÉCNICO DA CETEFE**

A Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE) por meio do Termo de Acordo com a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal oferece aos estudantes e professores serviços gratuitos de Avaliação Funcional, Estudo de Caso e Supervisão.

O serviço é destinado ao estudante com deficiência do Ensino Regular que possui em sua grade curricular comum a disciplina de Educação Física ou está vinculado ao Centro de Iniciação Desportiva Regular ou Paralímpico (CID).

O professor de Educação Física que necessita conhecer mais sobre a natureza da deficiência do estudante, orientação para elaboração do plano de atividade, como proceder para promover a inclusão e entre outros pontos que o professor necessita de orientação para promover a inclusão do estudante. O professor poderá solicitar o serviço de estudo de caso e supervisão para discutir sobre o melhor modelo para promover a inclusão do estudante nas aulas práticas de educação física.

O estudante receberá orientação educacional e poderá participar no contra turno dos programas de atividade física e esportiva desenvolvido e orientado pela CETEFE (Natação, atletismo, tênis de quadra, musculação, bocha adaptada, tiro com arco, parabadminton, rugby em cadeira de rodas, basquetebol em cadeira de rodas, halterofilismo, vela adaptada, goal ball, voleibol sentado, futebol para paralisia cerebral, treinamento funcional adaptado e reabilitação funcional.

A solicitação do serviço será pelo site institucional da CETEFE: [www.cetefe.org](http://www.cetefe.org)

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

**Serviço prestado com objetivo de avaliar o padrão funcional do Estudante conforme a natureza da sua deficiência, gerando informações essenciais de assistência funcional para o desempenho das atividades escolares do estudante matriculado no Ensino Fundamental ou Médio do regular e que atuam no CID regular ou no CID Paralímpico.**

**Procedimentos Técnicos:**

* A Direção da Escola ou o(a) Professor(a) do CID encaminhará o formulário de pedido de avaliação funcional (Anexo I) para Diretoria Institucional da CETEFE.
* O formulário será encaminhado para o email: [ulissesdearaujo@gmail.com](mailto:ulissesdearaujo@gmail.com)
* Somente a Direção da Escola ou Professor(a) do CID poderá encaminhar o pedido de Avaliação Funcional.
* A CETEFE encaminhará uma agenda (Dia, Horário e Local) que será realizada a Avaliação Funcional.
* A Direção da Escola ou Professor(a) do CID deverá comunicar ao estudante e ao seu responsável do dia, horário e local que será realizada a Avaliação Funcional.
* Ocorrendo desistência por parte do estudante que será avaliado, a Direção ou Professor(a) deverá comunicar à Diretoria Institucional da CETEFE, com antecedência de 1 (um) dia da data agendada.
* O estudante que não compareceu na Avaliação Funcional, mesmo justificando, a Direção da Escola ou Professor(a) do CID deverá fazer um novo pedido.
* No dia da Avaliação Funcional, a Direção da Escola ou Professor(a) do CID poderá indicar até 2 (dois) profissionais para acompanhar o Estudante que será avaliado.
* Será exigida a presença de um responsável quando o estudante que for avaliado apresentar dificuldade de expressar a natureza da sua deficiência ou expor as suas necessidades de assistência escolar.
* O estudante que será avaliado deverá comparecer com traje adequado para Avaliação Funcional (roupa esportiva: short/bermuda, top (mulheres), camiseta).
* Recomendamos apresentar no dia da Avaliação Funcional o máximo de documentos sobre a natureza da deficiência (Relatório Médico, Relatório Psicológico, Laudo, Relatório Pedagógico, Relatório Social, Perícia Médica, exame) entre outros documentos que possam informar a natureza da deficiência.
* O estudante que será avaliado poderá deslocar para o local de avaliação conforme acordo estabelecido com a Direção da Escola ou com o(a) Professor(a) do CID.
* No ato da Avaliação Funcional, o estudante que será avaliado deverá preencher os formulários do Programa Social.
* No prazo máximo de 15 (quinze) dias, a CETEFE encaminhará via email, para a Direção da Escola ou para o(a) Professor(a) do CID o resultado da Avaliação Funcional.
* A Avaliação Funcional será realizada na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e da Direção da Escola ou Professor(a) do CID a Avaliação Funcional podendo ocorrer na Escola, na Unidade do CID ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
* A Avaliação Funcional é especifica para o estudante com necessidade de assistência funcional de natureza da deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado no ensino fundamental ou médio do regular ou com vinculado ao CID regular ou CID Paraolímpico.

**ESTUDO DE CASO**

**Serviço prestado com objetivo de promover estudos entre os profissionais da CETEFE e os profissionais da Escola ou CID em busca de identificar a assistência funcional compatível para o desempenho escolar ou treinamento do estudante, mediante a natureza de sua deficiência.**

* A Direção da Escola ou Professor(a) encaminhará o formulário de pedido de Estudo de Caso (Anexo II) para Diretoria Institucional da CETEFE.
* O formulário será encaminhado para o email: [ulissesdearaujo@gmail.com](mailto:ulissesdearaujo@gmail.com)
* Somente a Direção da Escola ou Professor(a) do CID poderá encaminhar o pedido de Estudo de Caso.
* A CETEFE informará o dia, horário e local que ocorrerá o estudo de caso.
* O Estudo de Caso ocorrerá na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e da Direção da Escola ou com o(a) Professor(a) podendo ocorrer na Escola, na Unidade do CID ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
* No dia do Estudo de Caso é importante que a escola ou professor(a) do CID traga o máximo de informações sobre o quadro do estudante que será levado para estudo.
* Com objetivo de reserva de ambiente para o estudo, a Direção da Escola ou Professor(a) do CID deverá informar o número de profissionais que participarão no Estudo de Caso.
* No dia do Estudo de Caso não será permitida a entrada de profissionais não credenciados ou após o inicio dos trabalhos.
* O Estudo de Caso é realizado exclusivamente para assistência funcional do estudante de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado na escola ou está vinculado a uma Unidade do CID e que foi avaliado pela CETEFE.

**SUPERVISÃO**

**Serviço prestado com objetivo de orientar o profissional que atua diretamente ou indiretamente com o estudante com assistência funcional conforme natureza da deficiência avaliado pela CETEFE.**

* A Direção da Escola ou Professor(a) do CID encaminhará o formulário de pedido de Supervisão (Anexo III) para Diretoria Institucional da CETEFE.
* O formulário será encaminhado para o email: ulissesdearaujo@gmail.com
* Somente a Direção da Escola ou Professor(a) do CID poderá encaminhar o pedido de Supervisão.
* A CETEFE informará o dia, horário e local que ocorrerá a Supervisão.
* A Supervisão ocorrerá na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e da Direção da Escola ou Professor(a) podendo ocorrer na Unidade da Escola, no CID ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
* Com objetivo de reserva de ambiente para realizar a supervisão, a Direção da Escola ou Professor(a) do CI deverá informar o número de profissionais que participarão na Supervisão.
* No dia da Supervisão não será permitida a entrada de profissionais não credenciados ou após o inicio dos trabalhos.
* A Supervisão é realizada exclusivamente para assistência funcional do estudante de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado na escola do ensino regular ou vinculado a uma Unidade do CID que foi avaliado pela CETEFE.

**ANEXO I**



**SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados da Escola / CID Solicitante da Avaliação Funcional** | | |
| Instituição | | SEEDF |
| Escola/CID | |  |
| Regional | |  |
| Direção Escola  ou  Professor(a) CID | Nome |  |
| Celular |  |
| Telefone |  |
| Email |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do Estudante** | | |
| Nome | |  |
| Nome Social | |  |
| Data de Nascimento | |  |
| Sexo | |  |
| Contatos | Celular |  |
| Telefone |  |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escolaridade** | |
| Ensino (Fundamental – Médio) |  |
| Ano Escolar |  |
| Turno |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do Responsável do Estudante** | | |
| Nome | |  |
| Grau de Parentesco | |  |
| Contatos | Celular |  |
| Telefone |  |
| Email |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Natureza da Deficiência do Estudante** | | | | | |
| **Física** | **Intelectual** | **Mental** | **Transtorno do Espectro de Autismo** | **Orgânico** | **Síndrome** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **Visual**  **Total** | **Visual**  **Monocular** | **Visual**  **Baixa Visão** | **Auditiva**  **Bilateral** | **Auditiva**  **Monoauricular** | **Outra** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Classificar (Síndrome / Outra Natureza):** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Breve Histórico da Natureza da Deficiência do Estudante** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo da Solicitação da Avaliação Funcional (Pode marcar mais de um item)** | |
|  | Apontamentos para adequação da atividade escolar / Treinamento CID |
|  | Dificuldade do estudante em acompanhar as atividades escolares / Treinamento CID |
|  | Esclarecimentos sobre a natureza da deficiência |
|  | Orientação ao professor sobre a assistência funcional para o estudante participar das atividades  (serviços, recursos, acessibilidade, tecnologia Assistiva, entre outras). |
|  | Outros motivos – Classificar: |
| **Breve relato do Motivo da Solicitação** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentação do Estudante sobre a Natureza da Deficiência** | |
|  | Exame médico |
|  | Relatório médico |
|  | Relatório psicológico |
|  | Relatório Educacional (Pedagógico) |
|  | Relatório Social |
|  | Encaminhamento da Área da Saúde ou Escolar |
|  | Laudo |
|  | Relatório de Perícia Médica / Passe Livre / DETRAN |
|  | Relatório do INSS |
|  | Relatório de Benefício Social |
|  | Outra Documentação (Listar o documento): |
|  | Não possui nenhuma documentação sobre a natureza da deficiência |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mês/Ano da Solicitação** |  |

**ANEXO II**



**SOLICITAÇÃO DE ESTUDO DE CASO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados da Escola/CID Solicitante do Estudo de Caso** | | |
| Instituição | | SEEDF |
| Escola/CID | |  |
| Regional | |  |
| Direção Escolar  ou  Professor(a) (CID) | Nome |  |
| Celular |  |
| Telefone |  |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **Breve relato do Motivo da Solicitação de Estudo de Caso** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Caso o pedido de Estudo de Caso seja sobre o estudante preencher os campos abaixo:** | | | |
| **Dados do Estudante** | | | |
| Nome | |  | |
| Nome Social | |  | |
| Data de Nascimento | |  | |
| Sexo | |  | |
| Escolaridade | Ensino (Fundamental – Médio) | |  |
| Nível Escolar | |  |
| Turno | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Natureza da Deficiência do Estudante** | | | | | |
| **Física** | **Intelectual** | **Mental** | **Transtorno do Espectro de Autismo** | **Orgânico** | **Síndrome** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **Visual**  **Total** | **Visual**  **Monocular** | **Visual**  **Baixa Visão** | **Auditiva**  **Bilateral** | **Auditiva**  **Monoauricular** | **Outra** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Classificar (Síndrome / Outra Natureza):** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Breve Histórico da Natureza da Deficiência do Estudante** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mês/Ano da Solicitação** |  |

**ANEXO III**



**SOLICITAÇÃO DE SUPERVISÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados da Escola/CID** | | |
| Instituição | | SEEDF |
| Escola/CID | |  |
| Regional | |  |
| Direção Escola  ou  Professor(a) CID | Nome |  |
| Celular |  |
| Telefone |  |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Profissional (is) Solicitante (s) da Supervisão** | |
| **Nome** | **Função/Cargo** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Breve relato do Motivo da Solicitação da Supervisão** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Caso o pedido de Supervisão seja sobre o estudante preencher os campos abaixo:** | | | |
| **Dados do Estudante** | | | |
| Nome | |  | |
| Nome Social | |  | |
| Data de Nascimento | |  | |
| Sexo | |  | |
| Escolaridade | Nível Escolar | |  |
| Instituição de Ensino | |  |
| Turno | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Natureza da Deficiência do Estudante** | | | | | |
| **Física** | **Intelectual** | **Mental** | **Transtorno do Espectro de Autismo** | **Orgânico** | **Síndrome** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **Visual**  **Total** | **Visual**  **Monocular** | **Visual**  **Baixa Visão** | **Auditiva**  **Bilateral** | **Auditiva**  **Monoauricular** | **Outra** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Classificar (Síndrome / Outra Natureza):** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Breve Histórico da Natureza da Deficiência do Estudante** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mês/Ano da Solicitação** |  |