



Secretaria Municipal de Educação e Esporte - SMEDE

ACOMPANHAMENTO DA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

PLANO DE AÇÃO BIMESTRAL PARA O ALUNO COM DEFICIÊNCIA VISUAL – BAIXA VISÃO

I – IDENTIFICAÇÃO

Professor (a):		
Nome do(a) estudante		
DN.:	turma:	turno:
Motivo do encaminhamento para o Atendimento Educacional Especializado (dificuldades apresentadas pelo aluno)		

II – ____º BIMESTRE:

EXPECTATIVAS/METAS DE APRENDIZAGEM

ESTRATÉGIAS DE ENSINO/AÇÕES NECESSÁRIAS PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS DO ALUNO

PROFISSIONAIS DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS:

FUNÇÃO	NOME	ASSINATURA
PROFESSOR(A):		
COORDENAÇÃO:		
DIREÇÃO:		

_____, _____ DE _____ DE _____