



**FICHA DE INSCRIÇÃO DO ESTUDANTE NO ATENDIMENTO EDUCACIONAL  
ESPECIALIZADO AO ESTUDANTE COM ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO -  
AEE-AH/SD**

Responsável/Família	Nome completo:		
	Unidade Escolar de origem:	Série/turno:	CRE:
	Data de Nascimento:	/ /	Idade atual: anos
	Telefone(s) de contato da escola de origem:		Foto 3X4
	Endereço residencial:		
	Telefone(s) residência:		
	Nome do Pai:		Profissão:
	Tel. do trabalho:	Celular:	e-mail:
	Nome da Mãe:		Profissão:
Tel. do trabalho:	Celular:	e-mail:	
Itinerante ou Psicólogo	Início do Período de Observação: ___/___/___		Devolutiva: ___/___/___
	Efetivado no AEE AH/SD: ( ) Sim ( ) Não/Motivo:		
	Desligado em: ___/___/___		Motivo:
<b>TERMO DE CIÊNCIA:</b> Declaro estar ciente de que, ao ser indicado para o AEE/SD o(a) estudante será submetido a um Período de Observação na Sala de Recursos de Altas Habilidades/Superdotação e estará sujeito aos seguintes procedimentos: 1. Aplicação de instrumentos relativos à Avaliação Educacional do Potencial para Superdotação realizada pelo psicólogo e pelo professor-tutor, por um período de <b>até 16 (dezesesseis) encontros consecutivos</b> , durante o qual será exigida <b>frequência obrigatória</b> , podendo ser <b>desligado</b> , caso ultrapasse o total de <b>três faltas consecutivas ou cinco faltas alternadas</b> . 2. Acompanhamento por uma equipe multidisciplinar que observará: capacidade intelectual geral, nível de concentração, interesses, habilidades específicas, envolvimento com as tarefas propostas/motivação, produtividade criativa; esses comportamentos poderão confirmar ou não a suspeita inicial de altas habilidades/superdotação. 3. Estudo de Caso, ao final dos 16 encontros, para elaboração da Devolutiva definindo sobre sua efetivação ou não no AEE/SD. 4. Cumprimento dos dias e horários de atendimento previamente estabelecidos pelo responsável, de acordo com a disponibilidade de vaga na sala de recursos. 5. Após sua efetivação no AEE/SD sempre que o estudante atingir <b>três faltas consecutivas ou cinco faltas alternadas</b> a família será acionada <b>pelo professor-tutor</b> e, caso não apresente <b>justificativa formal</b> , será desligado e imediatamente substituído.			
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO I</b> Autorizo a participação e utilização de todo o material produzido pelo (a) estudante acima identificado (a), em atividades de divulgação na área de Altas Habilidades/Superdotação, conforme especificadas abaixo: ( ) Vídeos e/ou fotos de divulgação do atendimento pela SEDF, MEC ou equipe da SEDF/COEDIN/NAHSUP ( ) Matérias em jornais, telejornais e/ou outros meios de comunicação, desde que institucionais e autorizados pela SEDF/COEDIN/NAHSUP ( ) Fotos para divulgação do atendimento em sites institucionais/palestras proferidas por pessoas autorizadas pela SEDF/COEDIN/NAHSUP ( ) Projetos, produções de qualquer natureza/área ou tipo de material e/ou vídeos, com a finalidade de divulgação em eventos ou materiais editados ou produzidos pela SEDF/COEDIN/NAHSUP ou por parceiros devidamente formalizados.			
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO II</b> Autorizo o estudante a retornar para casa <b>desacompanhado</b> , após o término das atividades na Sala de Recursos. ( ) Sim, autorizo. ( ) Não autorizo.			

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Responsável (por extenso)                      RG                      Assinatura do Responsável