|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**CADASTRO DE DISCENTES - NAI**

Prezado Discente,

Entende-se que as necessidades especificas podem ser permanentes (tais como auditiva, visual, mental e motora) ou temporárias (por exemplo, no caso de gestantes, pessoas que fraturam algum membro ou que tenham dificuldade de se locomover em função da idade,etc).

Neste contexto, a Coordenadoria de Educação Inclusiva e o Núcleo de Ações Inclusivas, foram implementados para assegurar o cumprimento dos direitos do educando, em uma perspectiva inclusiva.

Para tanto, com o intuito de providenciar recursos tecnologicos assistivos e definição de metodologias que venham contribuir para o processo de ensino, solicita-se a gentileza de preencher as informações constantes neste formulário. Por fim, convidamos para uma visita a este setor.

***Os campos com (\*) são obrigatórios.***

|  |  |
| --- | --- |
| **\*NOME** |  |
| **\*TELEFONE** |  |
| **\*E-MAIL** |  |
| **\*CURSO/PERÍODO** |  |
| **\* ANO DE INGRESSO** |  |

|  |
| --- |
| **\* Informe o tipo de Deficiência** |
| **DEFICIÊNCIA VISUAL**( ) Total ( ) Parcial |
| **DEFICIÊNCIA AUDITIVA**( ) Total ( ) Parcial |
| **DEFICIÊNCIA MOTORA**Qual?  |
| **DEFICIÊNCIA MENTAL**Qual?:  |
| **TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO – TGD**Qual?  |
| **TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH:** |
| **ALTAS HABILIDADES OU SUPERDOTAÇÃO:** |
| **NECESSIDADE TEMPORÁRIA**Qual?:  |

# \*Há algum diagnóstico clínico?

( ) Sim

( ) Não

Qual?

# \*Qual o profissional que atesta o diagnóstico?

( ) Médico

( ) Psicólogo ( ) Outro

Qual:

# \*Faz uso de algum medicamento?

( ) Sim

( ) Não

Qual?

# \*Atualmente faz algum acompanhamento clínico?

( ) Sim

( ) Não

**\*Há quanto tempo?** ( ) Menos de um ano ( ) Um ano

( ) Dois anos ou mais

# \*Utiliza algum recurso tecnológico para favorecer seu aprendizado?

( ) Sim

( ) Não

Qual?

# \*Possui algum diagnóstico que comprometa seu aprendizado?

( ) Sim

( ) Não

Qual?

# \*Há alguma barreira que atrapalhe sua acessibilidade no Campus?

( ) Sim

( ) Não

Qual?

# Conhece o Núcleo de Ações Inclusivas – NAI?

( ) Sim

( ) Não

**Se você deseja conhecer o Núcleo de Ações Inclusivas-NAI, entre em contato conosco pelo e- mail:** **nai.barbacena@ifsudestemg.edu.br**

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Barbacena, de de

Assinatura aluno

Assinatura do Responsável

(se menor de 18 anos)