## Metas de Conteúdo do Mês

| **Semana** | **Descrição** | **Data proposta** | **Data realizada** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1ª  De:  Até: | Conteúdo |  |  |
| Atividade |  |  |
| Avaliação |  |  |
| 2ª  De:  Até: | Conteúdo |  |  |
| Atividade |  |  |
| Avaliação |  |  |
| 3ª  De:  Até: | Conteúdo |  |  |
| Atividade |  |  |
| Avaliação |  |  |
| 4ª  De:  Até: | Conteúdo |  |  |
| Atividade |  |  |
| Avaliação |  |  |
| 5ª  De:  Até: | Conteúdo |  |  |
| Atividade |  |  |
| Avaliação |  |  |

**Relatório do alfabetizador**

## Evolução dos Alfabetizandos

Faça um breve relato sobre a sua percepção quanto ao desempenho dos alfabetizandos no mês e suas maiores dificuldades, utilizando os resultados dos testes somativos.

## Ocorrências

Faça um breve relato dos problemas ocorridos e das soluções empregas, quando cabível (ex.: mudança de local de aula, evasão, questões de saúde, necessidade de material etc.)

## Frequência do Alfabetizador

| Data | Horário de entrada | Assinatura | Horário de saída | Assinatura | Total de horas |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## Frequência dos alfabetizandos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome (Alfabetizando) | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês | Dia/mês |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Resultado das Avaliações do Mês

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Alfabetizando | Aval. Diagnóstica  Data: | Aval. Formativa 1  Data: | Aval. Formativa 2  Data: | Aval. Formativa 3  Data: | Aval. Formativa 4  Data: | Aval. Somativa  Data: | Média |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |