**RELATÓRIO PARCIAL DO PLANO DE ATIVIDADES MONITORIA INCLUSIVA**

1. **DADOS GERAIS**

|  |
| --- |
| Nome do/a bolsista: |
| Nome do/a supervisor/a: |
| Campus de atuação: |
| Estudante/s com deficiência assistido: |
| Modalidade de monitoria (presencial, virtual ou misto): |
| Período de Monitoria: |

1. **REGISTRO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PERÍODO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA/MÊS** | **ATIVIDADE** | **C.H.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS E METAS PARA O SEGUNDO PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES**

|  |
| --- |
| **Apresente os objetivos e ações planejadas para o próximo período** |
|  |

1. **DIFICULDADES E POTENCIALIDADES ENCONTRADAS**

|  |
| --- |
| **Descreva as principais dificuldades e potencialidades encontradas na execução de seu Plano de Atividades até o presente momento** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a discente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do supervisor