



5. Quantidade geral de alunos ATIVOS no Projeto por modalidade:

Modalidade - _____: _____

Modalidade - _____: _____

Modalidade - _____: _____

6. Quantidade de alunos ATIVOS no Projeto por Gênero.

Feminino: _____ Masculino: _____

7. Quantidade de alunos ATIVOS no Projeto por faixa etária?

De 15 a 18 anos - Masculino _____ Feminino _____

De 18 a 49 anos - Masculino _____ Feminino _____

Acima de 50 anos - Masculino _____ Feminino _____

8. Quantidade de alunos ATIVOS no Projeto que se considerem, na questão cor/raça/etnia:

Preto: _____

Pardo: _____

Amarelo: _____

Branco: _____

Indígena: _____

Quantidade de alunos ATIVOS no projeto por renda familiar:

Até 1 Sal. Mínimo: _____

Entre 1 e 2 salários mínimos: _____

Entre 3 e 4 salários mínimos: _____

Acima de 5 salários mínimos: _____

SOBRE EVASÃO

10. Pontue os principais motivos de evasão identificados:

Desânimo: _____

Incompatibilidade de horário: _____

Falta de adaptação com o professor: _____

Falta de adaptação com a turma: _____

Dificuldade de chegar ao local da aula: _____

Não foi identificado o motivo: _____

Outros: _____

11. Caso tenha havido evasões. Quais as medidas para diminuir ou evitar este fato, foram tomadas?

- Divulgação na comunidade
- Oferta de atividades diferenciadas
- Oferta de horários diversificados
- Outros:

SOBRE SAÚDE

12. O projeto possui alunos com deficiência? Se sim, informe a quantidade por deficiência. Se não, deixe em branco.

Mental: _____

Auditiva: _____

Visual: _____

Física: _____

13. Como são tratadas as condições de acessibilidade e de atendimento nos núcleos do projeto?

- Há facilidade de acesso aos espaços
- Não há facilidade de acesso aos espaços
- Foram adquiridos materiais adequados ao atendimento deste público específico
- Não temos materiais adequados para o atendimento
- Não existe necessidade de tratamento diferenciado
- O(s) aluno(s) encontra(m)-se integrado(s) ao grupo
- Existe a necessidade de tratamento diferenciado, que o núcleo não dispõe.

14. O Projeto atende pessoas com comorbidades ou situação especial de saúde, tais quais:

Hipertensos: _____

Obesos : _____

Diabéticos: _____

Gestantes: _____

Glicêmicos: _____

Outros (_____)



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEM VIVER

CNPJ: 08.381.383/0001-05

Rua Alferes Bastos, n° 279, centro, Laje do Muriaé- RJ

E-mail: ab.bemviver@hotmail.com CEP: 28.350-000

SOBRE IMPACTO

15. Havia atividade esportiva ou de lazer nos locais de implantação dos núcleos do Projeto, antes da implementação do Projeto?

() SIM

() NÃO

Se sim, relate quais atividades tinham e em quais núcleos:

16- Descreva os impactos econômicos ou sociais das ações desenvolvidas:

SOBRE GESTÃO E EXECUÇÃO

17. Houveram dificuldades na implantação do projeto durante o período citado e quais foram as suas causas, descrevendo as medidas adotadas para superar os obstáculos.

18. Os objetivos do Projeto foram atingidos até o presente período?

() SIM

() NÃO

Em caso negativo, por quê?



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEM VIVER

CNPJ: 08.381.383/0001-05

Rua Alferes Bastos, n° 279, centro, Laje do Muriaé- RJ

E-mail: ab.bemviver@hotmail.com CEP: 28.350-000

19. Descreva as metas e etapas do projeto:

20. A coordenação do projeto encontrou alguma dificuldade com algum dos núcleos?

() SIM

() NÃO

Em caso Positivo, Quais núcleos e quais dificuldades?

21. Houve ocorrência de influências externas favoráveis e/ou desfavoráveis que implicaram na obtenção de resultados e/ou na execução do total ou parcial do Projeto ?

() favoráveis:

() Desfavoráveis:

Quais:



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEM VIVER

CNPJ: 08.381.383/0001-05

Rua Alferes Bastos, n° 279, centro, Laje do Muriaé- RJ

E-mail: ab.bemviver@hotmail.com CEP: 28.350-000

22. O cronograma de execução do Projeto foi seguido conforme o planejado?

() SIM

() NÃO

Em caso negativo, quais as dificuldades e se houveram dificuldades nos núcleos, relate quais núcleos?

23. O plano de aula planejado, foi realizado?

() SIM

() NÃO

Se não, justifique:

24. O Plano de Curso está seguindo conforme o planejado?

() SIM

() NÃO

Se não, justifique:



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEM VIVER

CNPJ: 08.381.383/0001-05

Rua Alferes Bastos, n° 279, centro, Laje do Muriaé- RJ

E-mail: ab.bemviver@hotmail.com CEP: 28.350-000

25. Houveram dificuldades com a equipe de execução do Projeto?

SIM

NÃO

Em caso positivo, quais as dificuldades e quais os núcleos e quais as medidas adotadas?

26. Houve melhorias na coordenação do programa durante o período citado?

SIM

NÃO

Assinatura do coordenador.