



Agrupamento de Escolas de Mondim de Basto – 152754

Ano letivo 2018/2019

SERVIÇO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO

Ficha de Pedido de Avaliação para a Identificação de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão

1- Identificação da Criança/Jovem

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Nº de Contacto _____

Estabelecimento de Ensino _____ Ano de Escolaridade / Turma _____

Encarregado de Educação _____ Parentesco _____

2- Percorso Escolar do aluno

Jardim-de-infância (número de anos de frequência) _____

Número de anos de frequência em cada ano de escolaridade:

1ºciclo				2ºciclo		3ºciclo			E. SECUNDÁRIO		
1ºano	2ºano	3ºano	4ºano	5ºano	6ºano	7ºano	8ºano	9ºano	10ºANO	11ºANO	12ºANO

Outros Aspetos mais significativos do percurso escolar

3- Caracterização da problemática (descreva em que medida as dificuldades do aluno interferem com a sua participação nos diferentes ambientes educativos)

Agrupamento de Escolas de Mondim de Basto – 152754

Ano letivo 2018/2019

4- Tentativas prévias de intervenção (descreva quais as medidas que já foram tomadas para a resolução do problema e que resultados foram alcançados)

5- Dinâmica Familiar

Nº de elementos do agregado familiar _____ Parentesco _____

Relacionamento com o agregado familiar: _____

Observações: _____

6- Informação Clínica e educacional (anexar, obrigatoriamente, cópias de relatórios e outros documentos relevantes, constantes no processo do aluno)

Aspetos a salientar: _____

O(a) aluno(a), em anos transatos, beneficiou de apoio técnico especializado? Não Sim

Se sim, qual?

Apoio pedagógico Apoio psicológico Terapia da fala Apoio pedopsiquiátrico

Medicação Se sim, qual? _____ Estabelecimento de Ensino

Gabinetes de Apoio psicopedagógico (privado) Unidade de Saúde

7- Atendimento / Disponibilidade de horário do(a) aluno(a) - (dia e hora): _____

8- Outras informações:

Agrupamento de Escolas de Mondim de Basto – 152754

Ano letivo 2018/2019

9 – Declaração do Encarregado de Educação

Eu abaixo assinado _____ declaro que autorizo o meu educando(a) _____ a ser **avaliado(a)** pelo Serviço de Psicologia e Orientação.

Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação

10 - Responsável pela realização do pedido avaliação para a Referenciação

Serviços de intervenção precoce Educador(a) / Professor(a) Titular de turma
Diretor de turma Pais/Encarregados de educação Outro (especifique) _____

Assinatura do responsável pela realização do pedido

(A preencher pelo Serviço de Psicologia e Orientação)

Assinatura do responsável pelo Serviço de Psicologia e Orientação:

Data de receção do pedido: ____/____/____