

Agrupamento de Escolas de Mondim de Basto – 152754
Ano letivo 2019/2020
SERVIÇO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO
Ficha de Pedido de Atendimento para Acompanhamento Psicopedagógico
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

 Educação Inclusiva: Não Sim Medidas aplicadas: _____

Observações: _____

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

Agrupamento de Escolas de Mondim de Basto – 152754**Ano letivo 2019/2020**

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 cópias de relatórios e outros documentos relevantes)

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 2019/2020****9 – Declaração do Encarregado de Educação**

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

Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação

10 - Responsável pela realização do pedido de atendimento/sinalização

Serviços de intervenção precoce Educador (a)/ Professor(a) Titular de turma
Diretor(a) 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: ____/____/____