**Pedido de Avaliação / Acompanhamento**

**Serviços de Psicologia / Terapia da Fala**

ESTABELECIMENTO DE ENSINO |

**IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

NOME |

DATA NASCIMENTO |

FILIAÇÃO |

MORADA |

TELEFONES |       E-MAIL |

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO |

**SITUAÇÃO ESCOLAR**

ANO DE ESCOLARIDADE |       TURMA |      ANO LETIVO |

|  |
| --- |
| **Responsável pelo pedido** |
| Educador(a) de Infância / Professor(a) Titular de Turma / Diretor(a) de Turma |       |
| Data:       | Assinatura:  |   |

**EXPLICITAÇÃO DAS RAZÕES JUSTIFICATIVAS DO PEDIDO:**

[ ]  Dificuldades em termos do contexto familiar e/ou escolar com reflexo em termos da aprendizagem **(Psicologia)**

[ ]  Dificuldades em termos da linguagem, fala, leitura e/ou escrita **(Terapia da Fala)**

*Explicite:*

*(Anexar, indicando, os documentos que se considerem relevantes:*      *.)*

|  |
| --- |
| **O aluno já foi avaliado/acompanhado em Consultas de Desenvolvimento, Pedopsiquiatria, Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Psicomotricidade, Fisioterapia ou outras?** [ ]  **Sim** [ ]  **Não** [ ]  **Não sei** |
| **Em caso positivo, há relatórios de avaliação e/ou acompanhamento?** [ ]  **Sim** [ ]  **Não** [ ]  **Não sei**(se sim, anexar cópia dos mesmos) |
| *Documentos Anexados (relatórios ou outros que se considerem relevantes):*        |

|  |
| --- |
| **Informação do Encarregado de Educação** |
| **O meu educando já foi ou está a ser avaliado/acompanhado em Consultas de Desenvolvimento, Pedopsiquiatria, Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Psicomotricidade, Fisioterapia ou outras?** [ ]  **Sim** [ ]  **Não**Sem sim, quando e em que áreas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  **Tomei conhecimento** que, caso o meu educando passe a ser avaliado/acompanhado por um técnico, a titulo privado/particular, da área da psicologia ou de terapia da fala, e/ou pela Consulta de Desenvolvimento ou de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (ou de outro Centro Hospitalar) devo, obrigatoriamente, comunicar esta situação à técnica do Agrupamento que vai avaliar/acompanhar o meu educando, sob prejuízo do bom desenvolvimento escolar do meu educando, bem como do seu bem-estar físico, psicológico e emocional. **e**[ ]  **Autorizo** a avaliação/acompanhamento do meu educando.[ ]  **Não autorizo** a avaliação/acompanhamento do meu educando.**Justificação** para a não autorização:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data:       | Assinatura:  |   |

|  |
| --- |
| **Tomada de conhecimento pela Técnica** |
| Data:  | Assinatura:  |   |

***Nota:*** *O Educador(a) de Infância / Professor(a) Titular de Turma / Diretor(a) de Turma deve dar entrada deste documento nos Serviços Administrativos do Agrupamento,.*