**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,.*