**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 escola com reflexo em termos da aprendizagem **(Psicologia)**

Dificuldades em termos da linguagem / comunicação **(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** |
| *Anexar documentos (relatórios ou outros) que se considerem relevantes:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorização do Encarregado de Educação** | | |
| **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 pedido de Avaliação/Acompanhamento deve dar entrada nos Serviços Administrativos do Agrupamento.*