

PEDIDO DE AVALIAÇÃO EM PRODUTOS DE APOIO

ANO LETIVO ____ / ____

Data de receção
____/____/____
(A preencher pelo CRTIC)

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome do Aluno:			
Data de Nascimento:			
Ano de Escolaridade/Turma:			
NISS do aluno: (N.º de Identificação da Segurança Social)			
Atestado de Incapacidade Multiusos:	Sim:	Não:	Grau de incapacidade %:
N.º de Utente do aluno:			
Encarregado de Educação:			
NISS do Encarregado de Educação: (N.º de Identificação da Segurança Social)			
Morada/Tel./E-mail:			

IDENTIFICAÇÃO DO AGRUPAMENTO/ESCOLA/INSTITUIÇÃO

Agrupamento/Instituição:	
Escola do(a) aluno(a):	
Morada:	
Tel./E-mail:	

IDENTIFICAÇÃO DOS DOCENTES

Docente Titular/ Educador(a)/ Diretor(a) de Turma Tel. /E-mail:	
Docente de Educação Especial: Tel./E-mail:	

Responsável pela referênciação: Tel./E-mail:	
---	--

ASPETOS RELEVANTES A IDENTIFICAR:

Descrição da situação do(a) aluno(a):

(Diagnóstico, Comunicação/Linguagem/Fala, Nível de aprendizagem e participação, Acessibilidade à escrita e à informação, Comportamento, Mobilidade/Postura)

Produtos de Apoio que já dispõe:

(Em casa/escola e sua proveniência)

Observações:

(Indique quaisquer outros aspetos que considere relevantes)

Nota: Anexar documentação relevante para o processo

(Cópias de relatório(s) médico(s), Relatório Técnico-Pedagógico (RTP) e/ou Programa Educativo Individual (PEI), Atestado de Incapacidade Multissusos e outros documentos que ajudem a perceber as necessidades do(a) aluno(a))

Data: ____/____/____

(Identificação e assinatura do responsável pelo pedido)

