

Data de entrada - EMAEI	IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADE DE APOIO À APRENDIZAGEM E À INCLUSÃO <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> TERAPIA DE FALA <input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL
------------------------------------	--

1 - Identificação da criança / aluno

Nome			
Data de Nascimento	/	/	Idade
Morada			Contacto
Encarregado de Educação			Idade
a			
Grau de Parentesco			
Morada			Contacto
Outras informações relevantes			

2 - Situação escolar da criança / aluno

Escola que frequenta:			
Nível de educação:			
Ed. pré-escolar	<input type="checkbox"/>	Nº de anos de frequência	_____
1º CEB	<input type="checkbox"/>	Ano _____	Turma _____
2º CEB	<input type="checkbox"/>	Ano _____	Turma _____
3º CEB	<input type="checkbox"/>	Ano _____	Turma _____

Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

Proc.º n.º _____/_____

Ens. secundário ☐ Ano _____ Turma _____

Professor Titular / Diretor de Turma: _____

3 - Percurso escolar do aluno

Aspetos relevantes da história escolar:

Beneficia de medidas seletivas ou
adicionais (DL 54/2018)

Sim ☐ Não ☐

adicionais

?

Se assinalou sim, indicar as medidas aplicadas:

Foram implementadas medidas universais,
no âmbito do DL 54/2018?

Sim ☐ Não ☐

Frequentou outras escolas?

Sim ☐ Não ☐

Se assinalou sim, indique quais:

O aluno já beneficiou de apoio psicológico, terapia de fala ou terapia ocupacional?

Sim

Sim ☐ Não ☐

Se assinalou sim, indique que tipo de apoio e o motivo:

Outros:

Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

Proc.º n.º _____ / _____

4. Justificação da referenciação

5. Outras informações

6. Encarregado de educação

Autorizo / Concordo com a avaliação e tratamento de dados

☐

Não autorizo / Não concordo com a proposta de avaliação

☐

Assinatura: _____

/ /

7. Aluno

Concordo com a avaliação e tratamento de dados

☐

Não concordo com a proposta de avaliação

☐

Assinatura: _____

/ /

8. Intervenientes no processo de referenciação

Data de Preenchimento

/ /

Responsável pela referenciação

Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

Proc.º n.º _____/_____/_____

Assinatura: _____

9 - Tomada de decisão da EMAEI

Encaminhado para avaliação do CRI ☐

Nome do técnico:

Encaminhado para avaliação dos SPO ☐

Nome do técnico:

Encaminhado para avaliação de outro serviço ☐

Qual? Nome do técnico:

Observações:

Data ____/____/____

O Coordenador da EMAEI,
