

Pedido de Observação Psicológica¹

Identificação do Aluno

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Residência: _____

Nome do Enc. Educação: _____ Contacto Enc. Edu.: _____

Escolaridade: Pré-escolar 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário

Estabelecimento de ensino: _____ Ano / Turma: _____

Educador / Professor / Diretor de turma

Nome: _____

Telefone: _____ Endereço eletrónico: _____

Pedido feito por:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educador de Infância/Professor Titular de Turma/Diretor de Turma | <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Encarregado de Educação | <input type="checkbox"/> Comissão de Proteção de Crianças e Jovens |
| <input type="checkbox"/> Professor de Educação Especial | <input type="checkbox"/> Aluno |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta da Fala | <input type="checkbox"/> Diretor |

Motivo do pedido:

1. Descreva as dificuldades e as capacidades do aluno ao nível das:

Competências de linguagem oral (e escrita, se já tiver feito a aprendizagem da escrita)

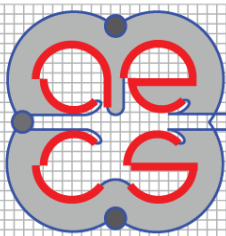
Competências de Interação social (com colegas/pares e adultos)

Competências de aprendizagem (e desempenho escolar, se aplicável)

Competências de autonomia

Comportamento dentro e fora da sala de aula

¹ Nota: O pedido é preenchido na íntegra, salvaguardando as especificidades relativas à idade e ciclo de escolaridade do aluno. Depois de preenchido e assinado pelo Enc. Edu. e pelo responsável pelo pedido, deverá ser entregue nos Serviços Administrativos, anexando outros documentos que considerar úteis (relatórios, fichas de trabalho realizadas pelos alunos, etc.). Os alunos são atendidos por ordem de chegada, salvo situações excecionais, indicações superiores ou falta de informação necessária neste pedido de observação psicológica.



2. Outras informações

2.1 Situação familiar:

2.2 Avaliações, acompanhamento ou encaminhamento médico/hospitalar, questões de saúde:

2.3 Está a ser acompanhado no âmbito da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens?

Não Sim

2.4 Tem, ou já teve, apoio ao abrigo do Decreto-Lei nº 54/2018?

Não Sim. Quando teve ou desde quando tem apoio e que medidas lhe foram aplicadas? _____

2.5 Beneficia de medidas no âmbito do Desp. Normativo 1F/2016?

Não Sim. Quais? _____

Qual a sua eficácia? _____

2.6 Já foi retido?

Não Sim. Em que anos e por que motivos? _____

2.7 Já foram tomadas outras medidas?

Não Sim. Indique o que foi realizado e os resultados obtidos: _____

2.8 Tem/teve acompanhamento psicológico ou foi/está a ser sujeito a avaliação psic. fora do Agrup.?

Não Sim. Indique a instituição e por quem foi / está a ser seguido: _____

2.9 Outras observações: (p. ex. beneficia ou beneficiou de outras terapias)

Autorização do encarregado de educação e assinatura de quem faz o pedido²

Eu, _____ encarregado de educação do aluno/da criança, declaro que:

Autorizo a intervenção psicológica junto do meu educando.

Autorizo a avaliação psicológica do meu educando.

Autorizo a cedência do relatório psicológico que dela resultar, aos professores diretamente envolvidos no processo educativo do meu educando.

Assinatura Enc. Educação: _____ Data: ___/___/___

Assinatura de quem faz o pedido: _____ Data: ___/___/___

Data de entrada no S.P.O: ___/___/___ Assinatura da Psicóloga: _____

² Se não for o encarregado de educação a fazer o pedido.