|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Ficha de Sinalização para o Serviço de Psicologia e Orientação**

|  |  |
| --- | --- |
| **Receção nos Serviços Administrativos** | **Receção no SPO** |

**Identificação do/a Aluno/a**

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data de nascimento**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Escola:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ano/Turma/Nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nº de Processo Individual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Encarregado/a de educação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grau Parentesco:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Contacto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Concretização do Pedido de Sinalização**

(Motivos que levam à sinalização do/a aluno/a e informações pertinentes que possam ajudar a uma primeira compreensão da situação do/a mesmo/a, como eventual número de retenções, dificuldades evidenciadas, …)

**Estratégias Anteriormente Adotadas**

(Diligências com o/a aluno/a e/ou com a família, acompanhamento por Serviços Externos, …)

**Outras Informações**

O/A aluno/a está a ser acompanhado/a:

Pela **Educação Especial**? Sim ⬜ Não ⬜

Se sim, motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na **Consulta do Desenvolvimento ou de Pedopsiquiatria**? Sim ⬜ Não ⬜ Não sei ⬜

Se sim, motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Num outro **Serviço de Psicologia**? Sim ⬜ Não ⬜ Não sei ⬜

Se sim, motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em consultas de **Terapia da Fala**? Sim ⬜ Não ⬜ Não sei ⬜

Se sim, motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Noutro Serviço**? Sim ⬜ Não ⬜ Não sei ⬜

Se sim, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexar cópia de relatórios pedagógicos, médicos, psicológicos ou outros, considerados relevantes para a compreensão da situação sinalizada.**

**São anexados:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável pela Sinalização**

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Função:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorização do/a Encarregado/a de Educação**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Encarregado/a de Educação do/a aluno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **autorizo**❒ **não autorizo**❒ que o meu educando/a seja avaliado/a e/ou acompanhado/a pelo Serviço de Psicologia e Orientação do Agrupamento de Escolas Joaquim de Araújo.

Também **autorizo**❒ **não autorizo**❒o/a psicólogo/a do Agrupamento a articular informações com o/a(s) médico/a(s) e/ou terapeuta(s) que acompanham o/a meu/minha educando/a, sempre que necessário.

**Data:** \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_