|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Ano Letivo  **2021-2022** | | | |
|  | | | | | | |
| Escolher um item. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **FICHA DE ENCAMINHAMENTO – Gabinete de Apoio à Inclusão (GAI)**  **SPO (Serviços de Psicologia e Orientação) e SAS (Serviços de Apoio Social)** | | | | | | |
| Professor/Diretor de Turma: |  | | | Código de escola: |  |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | | | Nº de Processo: | |  | |
| Idade: |  | Data de Nascimento: | |  | Ano/Turma: |  | Nº: |  |
| Encarregado de Educação: | | |  | | | | Parentesco:    Contacto: |  |

1. **SERVIÇO(S) A MOBILIZAR**

|  |
| --- |
| ** Serviços de Psicologia e Orientação  Serviços de Ação Social** |

1. **MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

|  |
| --- |
|  Dificuldades de aprendizagem   Falta de hábitos de estudo   Dificuldades na manutenção da atenção/concentração   Problemas de comportamento   Carências afetivas   Instabilidade emocional   Absentismo / Frequência irregular de aulas   Problemas familiares   Carências económicas  Encaminhamentos Terapêuticos (Terapia da Fala/Pediatria do Desenvolvimento/Outros)  Outro (especificar): |

1. **CARATERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA** *(descrição do(s) problema(s), frequência, contextos, fazendo referência ao impacto na aprendizagem e no sucesso escolar)*

|  |
| --- |
|  |

1. **BREVE CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR** *(agregado familiar; envolvimento da família no processo educativo, etc)*

|  |
| --- |
|  |

1. **DADOS ESCOLARES, MEDIDAS JÁ IMPLEMENTADAS E SEUS RESULTADOS** *(indicar se tem RMMU; RTP ou outro tipo de medidas de apoio às aprendizagens; mencionar eventuais retenções e anos de escolaridade em que ocorreram, etc)*

|  |
| --- |
|  |

1. **OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES** *(outros recursos específicos já mobilizados – Acompanhamento por Técnicos Especializados; Apoio Educativo; Tutoria/Apoio Tutorial Específico; Acompanhamento na CPCJ; RSI; EMAT; outros)*

|  |
| --- |
|  |

Obs.: Anexar toda a informação relevante (ex. relatórios médicos e/ou psicológicos, trabalhos escolares significativos, boletins informativos…)

1. **DOCUMENTOS EM ANEXO**

O Professor / Diretor de Turma

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebido pelo GAI

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

O Coordenador de Estabelecimento

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO POR PARTE DOS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO / SERVIÇO DE APOIO SOCIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do Cartão do Cidadão nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encarregado(a) de educação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_, aluno(a) da turma \_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Escola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro

**autorizar** **não autorizar**

a análise da situação do(a) meu/minha educando(a) por parte dos Serviços de Psicologia e Orientação e/ou Serviço de Apoio Social, em caso de necessidade, respetiva avaliação.

Declaro ter conhecimento que a ética profissional dos técnicos implicados obedece a um código deontológico, o que significa que na sua intervenção devem respeitar os direitos das pessoas à sua privacidade, confidencialidade, autodeterminação e autonomia. Neste sentido, consinto e autorizo a transmissão da informação indispensável aos elementos envolvidos, incluindo profissionais de saúde, terapeutas, professores, diretores de turma e/ou outros profissionais relevantes no processo de avaliação e intervenção junto do(a) meu/minha educando(a).

Assinatura do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Renovação do consentimento:

Ano Letivo\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Ass. do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano Letivo\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Ass. do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano Letivo\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Ass. do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano Letivo\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Ass. do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_