|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA ERICEIRA**   |  | | --- | | **Identificação da Necessidade de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão**  **(Doc. 2 – EMAEI)**  (artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de Julho) | | **Ano Letivo 20\_\_/20\_\_** |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Dados do(a) Aluno(a)** | | | | | **Nome:** |  | | | | **Data de Nascimento:** |  | **Idade:** |  | | **Encarregado(a) Educação:** |  | **Telefone:** |  | | **Nível de Ensino:** |  | **Grupo ; Ano/Turma:** |  | | **Escola:** |  | | | | **Educ.(a)/Prof. Tit./DT:** |  | | |   Logo MEDescrição: Descrição: Descrição: Logo da escola |
| |  | | --- | | **Explicitação do pedido** (breve descrição do motivo, baseado em evidências da avaliação e monitorização da intervenção já efetuada; comportamento; socialização, autonomia, participação, entre outras). | |  |  |  | | --- | | **Percurso escolar** (descrever sucintamente o percurso do aluno, discriminando aspetos mais relevantes: retenções, acompanhamento pela intervenção precoce; adiamento de escolaridade). | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Sim | Não |  | | Apoio em intervenção precoce |  |  | Anexar PIIP | | Frequência de JI |  |  | Ano(s): | | Antecipação ou adiamento da matrícula no 1º ciclo do ensino básico |  |  |  | | Retenções |  |  | Ano(s): | | Assiduidade |  |  |  | | Apoios educativos em anos anteriores |  |  | Ano(s): | | Medidas universais implementadas |  |  | Anexar Documento | | Terapias Complementares (Ex: T. da Fala ; T.Ocupacional ; Psicologia ;  TSEER ; Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) |  |  | Anexar Relatórios | |  |  |  |  | | | Observações ( Desenvolver as observações neste espaço, se necessário) |  |  | | --- | | **Grau de eficácia das medidas universais implementadas** | |  |  |  | | --- | | **Informações adicionais** | | |  |  | | --- | --- | | Morte na família | Em que idade: | | Separação/divórcio | Em que idade: | | Conflitos familiares  CPCJ/ECJ/Tribunal Menores | Especifique:  Especifique: | | Dificuldades económicas |  | | Dificuldades de adaptação | Especifique: | | Abandono | Em que idade: | | Doença grave do aluno | Especifique qual: | | Doença grave na família | Especifique qual: | | Mudança de residência  Relatórios Médicos/Técnicos | Em que idade:  Especifique: | | Outro | Especifique qual: | |  | | | | [Desenvolver as observações neste espaço, se necessário] |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Ações já em curso** | | | | | **Pedido de despiste** | **Consultas de especialidade** | **Apoios pedagógico** | **Apoios terapêuticos** | | Oftalmológico | Desenvolvimento | Estratégias indiv./grupo | Psicologia | | Auditivo | Pedopsiquiatria | Apoio personalizado | T. Fala | | Outros: | Neurologia | Apoio educativo | Fisioterapia | |  | Outras: | Outros: | Psicomotricidade | |  |  |  | T. Ocupacional | |  |  |  | Outros: |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Pedido de avaliação pelo Serviço de Psicologia e Orientação (SPO)** | | | | **Sim:** |  | Se sim, indicar motivo(s): | | **Não:** |  | | **Pedido acompanhamento pelo Serviço de Psicologia e Orientação (SPO)** | | | | **Sim:** |  | Se sim, indicar motivo(s): | | **Não:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Pedido de Avaliação ao Centro de Recursos para a Inclusão (CRI):** | | | | | | | | | | | Terapia da Fala | | Psicologia | Psicomotricidade | | T. Ocupacional | | Fisioterapia | | Outros | | **Motivo do pedido de avaliação** | | | | | | | | | | | **Linguagem** | Articulação | | | Compreensão | | Comunicação | | Expressão | | | **Académicas** | Aprendizagem | | | Leitura | | Escrita | | Cálculo | | | **Cognitivas** | Atenção | | | Memória | | Organização | | Raciocínio | | | **Emocionais** | Impulsividade | | | Inibição | | Instabilidade | | Tristeza | | | **Psicomotoras** | Interação P/A | | | Regras/limites | | Agressividade | | Desafio/Oposição | | | **Sensoriais Neuro-Motoras** | Motricidade Fina / Global | | | Agitação Passividade | | Coordenação Motora | | Orient. Espaço/ tempo/lateralidade | | | **Musc. Esqueléticas** | Auditivas | | | Visuais | | Tácteis | | Movimento / Equilíbrio | |  |  | | --- | | **Outros pedidos/ necessidades sentidas:** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Responsável pela identificação das necessidades** (Encarregado de educação, serviço de intervenção precoce, docente, técnico ou serviço que intervêm com a criança/jovem) | | | | | Nome: |  | | | | Data: |  | Assinatura: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Concordância do(a) Encarregado(a) de Educação** | | | | | Nome: |  | | | | Data: |  | Assinatura: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **O(a) Aluno(a)** | | | | | Nome: |  | | | | Data: |  | Assinatura: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **O Diretor** | | | | | Tomei conhecimento da proposta para determinação da necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e será efetuado o devido encaminhamento para os serviços da equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva, que deliberará as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão apropriadas. | | | | | Nome: | Professor Alfredo Carvalho | | | | Data: |  | Assinatura: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **O(a) Coordenador(a) da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** | | | | | Recebemos a respetiva proposta, à qual daremos resposta, depois de se proceder à análise e avaliação da situação referenciada. | | | | | Nome: | Marta de Brito Ribeiro | | | | Data: |  | Assinatura: |  | |
|  |