|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:  |   |

 |
|  |