|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA ERICEIRA**   |  | | --- | | **Identificação da Necessidade de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão**  (artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de Julho - **Doc. 2\_EMAEI)** | | **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:** |  | | | |
| |  | | --- | | **Explicitação do Pedido** (breve descrição do motivo, baseado em evidências da avaliação e monitorização da intervenção já efetuada; comportamento; socialização, autonomia, participação, entre outras). | | |  |  | | --- | --- | | **Pretende com o pedido a implementação de Medidas (marcar as opções que julga necessárias para o(a) aluno(a))** | | | Universais  Seletivas  Adicionais | Quais as alíneas? |   Observações: |  |  | | --- | | **Descrição das Medidas Universais e Estratégias Implementadas** (anexar documentos) | |  |  |  | | --- | | **Percurso Escolar** (descrever sucintamente o percurso do aluno, discriminando aspetos mais relevantes: retenções, acompanhamento pela intervenção precoce; adiamento de escolaridade). | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Frequentou JI? | | Acompanhado ELI? | | Adiamento 1.º Ciclo? | | Retenções? | |  |  | |  | Sim |  | Sim |  | Sim |  | Sim | Ano de Escolaridade: |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | Não |  | Não |  | Não |  | Não | Ano Letivo |  | | | **Observações** (Desenvolver as observações neste espaço, se necessário) |  |  | | --- | | **Outros Dados Relevantes** (Relatórios médicos, relatórios técnicos, situações disciplinares, família, etc.) | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Pedido de Avaliação/Acompanhamento ao Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) – proposta a apresentar em documento próprio - Anexar** | | | | **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 |  |  | | --- | | **Pedido de Avaliação ELI**  **ATENÇÃO – É necessário o preenchimento do impresso da ELI** | | Sim Não | | **Pedido de Avaliação ao CRTIC**  **ATENÇÃO – É necessário o preenchimento do impresso do CRTIC** | | Sim Não |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Responsável pela Identificação (Educador/PT/DT/Outro)** | | | | | Nome: |  | | | | Data: |  | Assinatura: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Concordância do(a) Encarregado(a) de Educação** | | | | | 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: | Catarina Amador | | | | Data: |  | Assinatura: |  | |
|  |