|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uma imagem com texto, Tipo de letra, Gráficos, logótipo  Descrição gerada automaticamente | | | | **SERVIÇO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO**  **DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA ERICEIRA** | | | | | | | | | | | | Descrição: Descrição: Descrição: Logo da escola | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | **FICHA DE REFERENCIAÇÃO** | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| ☐ AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA | | | | | | | ☐ ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO **(de curta intervenção)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| **DADOS DO(A) ALUNO(A)** | | | | | | | | | | **Nº Processo** (a preencher pelo serviço)**:** | | | | | | | |
| **Estabelecimento de ensino:** | | | | | |  | | | | | | **Ano Letivo:** | | |  | | |
| **Nome do(a) aluno(a):** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Data de Nascimento:** | | | | | |  | | | | | | **Ano/Turma/Nº:** | | |  | | |
| **Educ.(a)/Prof. Tit./DT:** | | | | | |  | | | | | | **Telemóvel:** | | |  | | |
| **Encarregado(a) Educação:** | | | | | |  | | | | | | **Telefone (fixo):** | | |  | | |
| **E-mail:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Motivo da**  **Referenciação:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estratégias já adotadas para tentar ultrapassar a(s) dificuldade(s) mencionada(s)** | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O/A aluno(a) beneficia ou já beneficiou de outro tipo de avaliação/acompanhamento?**  (ex.: em Psicologia, Pedopsiquiatria, Terapia da Fala, Neurologia, Consulta de Desenvolvimento ou outra especialidade). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐  **Não** | ☐  **Sim** | | Qual/Quais? (Anexar relatórios) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Observações:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Importante -*** *Segue listagem elencando as situações prioritárias na intervenção do SPO:* 1. Avaliação psicológica; 2. Risco de abandono/absentismo escolar; 3. Alunos com dificuldades de aprendizagem 4. Dificuldades relacionadas com o contexto escolar (bullying; ansiedade de desempenho, relacionamento interpessoal, outras) 5. Orientação escolar e profissional; 6. Apoio psicopedagógico; 7. Problemas de comportamento*.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O(A) Educ.(a)/ O(A) Professor(a) Titular de Turma/ O(A) Diretor(a) de Turma | | | | | | | | |  | | Tomei conhecimento, concordo e autorizo. O(A) Encarregado(a) de Educação | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  |  | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |

O(A) Psicólogo(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recebido em: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_