

Ano Letivo: ____/____

Identificação do Aluno

Nome: _____

Diretor de Turma/Professor Titular/Educador: _____

Ano e Turma: _____ N.º _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estabelecimento de Ensino: _____

Encarregado de Educação: _____ Profissão: _____

Morada: _____

Contacto telefónico: _____ E-mail: _____

Pedido

Diretor de Turma/Professor Titular/Educador Encarregado de Educação Conselho de Turma

Aluno Outro _____

Motivo(s) para o encaminhamento:

Assiduidade irregular	
Problemas de comportamento e indisciplina	
Comportamentos anti-sociais/ de risco	
Desmotivação/desinteresse escolar	
Insucesso escolar repetido	
Dificuldades de aprendizagem	
Dificuldades de leitura e escrita	
Dificuldades de compreensão dos conteúdos programáticos	
Dificuldades na memorização dos conteúdos programáticos	
Problemas de Atenção/Concentração em sala de aula	
Dificuldade no relacionamento interpessoal com os pares	
Dificuldade no relacionamento interpessoal com os adultos	
Problemas de saúde física e/ou mental	
Problemas familiares (doença, luto, divórcio, negligência, conflitos, dificuldades financeiras, outros)	
Orientação escolar/profissional	
Outros. Quais?	

Descrição do problema (frequência e intensidade, contextos em que ocorre, consequências):

Serviço de Psicologia e Orientação – Agrupamento de Escolas de Barcelos

AVENIDA JOÃO PAULO II – 4750 304 BARCELOS

TLF: 253 809 360
FAX: 253 809 368

E-MAIL:
spo@aebarcelos.pt

Caracterização sumária do(a) aluno(a) (do ponto de vista educativo, clínico e sociofamiliar):

Acompanhamentos /Medidas de intervenção anteriores

Acompanhamento psicológico

Medidas de Apoio à Aprendizagem

Especifique: _____

Outras Intervenções _____

Autorização do Encarregado de Educação

Eu, _____ na qualidade de Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____ que frequenta o Agrupamento de Escolas de Barcelos, no estabelecimento de ensino _____, no _____ ano, da turma _____, declaro que (**autorizo/não autorizo**) o meu educando a ser avaliado e/ou acompanhado pelo Serviço de Psicologia e Orientação deste Agrupamento, em horário a definir posteriormente.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Encarregado de Educação:

Assinatura do Diretor de Turma/Professor Titular/Educador:

E-mail: _____

OBS.

1. Esta ficha deverá ser totalmente preenchida e terá que ser entregue pessoalmente no Serviço de Psicologia e Orientação ou nos Serviços Administrativos do Agrupamento.
2. Anexar documentação relevante (Relatórios psicológicos ou médicos anteriores, ficha biográfica, atas de reuniões que mencionem as necessidades do aluno, resultados de avaliação, entre outros).

Recebido em: ____/____/____

Psicólogo(a): _____

Serviço de Psicologia e Orientação – Agrupamento de Escolas de Barcelos

AVENIDA JOÃO PAULO II – 4750 304 BARCELOS

TLF: 253 809 360
FAX: 253 809 368

E-MAIL:
spo@aebarcelos.pt