

|  |
| --- |
| **SERVIÇO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO (SPO)**  **FICHA DE SINALIZAÇÃO** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ano Letivo \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA** | |
| Estabelecimento de Ensino: |  |

**2. CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificação do Aluno** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | |  | | | | | | | | Ano/Turma: | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento | | | | | |  | | | Idade | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Morada | |  | | | | | | | | | Telef. |  | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Pai | | | |  | | | | | | | Idade | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nome da Mãe | | | |  | | | | | | | Idade | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Encarregado de Educação  a | | | | | | |  | | | | Idade | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Grau de Parentesco | | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Morada | | |  | | | | | | Telef. |  | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Outras informações pertinentes | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | (*anexar cópia de relatórios médicos, psicológicos ou outros existentes que considere relevantes; O(a) aluno(a) está a ser acompanhado por algum serviço interno ou externo à escola?  Se sim, qual o serviço (ex. programa EPIS, pedopsiquiatria, psicologia, terapia da fala, ensino especial.)* | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**3. MOTIVO DE SINALIZAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PSICOLOGIA** | **TERAPIA DA FALA** |
| **PROBLEMÁTICA(S):**  - Problemas de comportamento  - Problemas emocionais  - Problemas de relacionamento  - Ansiedade  - Outros (identifique): | **PROBLEMÁTICA(S):**  - Fala (articulação, gaguez…)  - Linguagem  - Comunicação  - Voz  - Deglutição  - Outros (identifique): |
| **TERAPIA OCUPACIONAL** | **SERVIÇO SOCIAL** |
| **PROBLEMÁTICA(S):**  - Integração Sensorial  - Práxis  - Motricidade global  - Motricidade fina  - Perceção visual  - Produtos de apoio (avaliação da necessidade, concepção, treino…)  - Atividades de vida diária (treino, adaptação das tarefas…)  - Outros (identifique): | **PROBLEMÁTICA(S):**  - Abandono Escolar  - Absentismo Escolar  - Negligência  - Maus tratos físicos/psicológicos  - Maus tratos psicológicos  - Alcoolismo  - Dificuldades socioeconómicas /ASE  - Acompanhamento psicossocial  - Outros (identifique) |

|  |
| --- |
| Outra situação: |

**4. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SITUAÇÃO**

|  |
| --- |
|  |

**5. INTERVENÇÃO JÁ EFETUADA E RESULTADOS ALCANÇADOS**

|  |
| --- |
|  |

**6. OBSERVAÇÕES**

|  |
| --- |
|  |

**7.DOCUMENTO(S) EM ANEXO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  |  | | |
|  | Sim |  | | Não |  |  | | |
|  | Se sim, qual (ais): | |  | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | |

**8. ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tomei conhecimento do encaminhamento do meu/minha educando(a) e autorizo/ não autorizo (riscar o que não interessa) o respetivo ato psicológico ou terapêutico.  Data: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  |  |  |

**RESPONSÁVEL PELA SINALIZAÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diretor de Turma: | | Nome: |  |  |
| Outro: |  | Nome: |  |  |

Data de sinalização: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Data de entrada no SPO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

(A enviar para o mail do SPO, abaixo indicado)