

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

**FICHA DE SINALIZAÇÃO – PEDIDO DE INTERVENÇÃO NO ANO LETIVO 2015/2016**

**Proponente:**

Diretor de Turma/Professor Titular/Educador     Enc. de Educação     Outro \_\_\_\_\_

**Identificação do Discente**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

Data de Nascimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Identificação do Encarregado de Educação**

Nome: \_\_\_\_\_

Telef. Casa: \_\_\_\_\_ Telef. Trabalho: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

**Caraterização da situação escolar**

Ano de Escolaridade: \_\_ Turma: \_\_ N°: \_\_ Dir.Turma/Prof.Titular/Educador: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

Rendimento escolar:  Insatisfatório     Satisfatório     Muito Satisfatório

**Situação que justifica o pedido**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Absentismo Escolar         | <input type="checkbox"/> Carência Sócio-Afetiva            |
| <input type="checkbox"/> Risco de Abandono Escolar  | <input type="checkbox"/> Problemas Emocionais              |
| <input type="checkbox"/> Insucesso Escolar          | <input type="checkbox"/> Necessidades Educativas Especiais |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamento | <input type="checkbox"/> Outras (especifique): _____       |

**Breve descrição da situação**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O aluno está a beneficiar de algum tipo de acompanhamento (dentro e/ou fora da escola)?

Sim     Não    Qual? \_\_\_\_\_

Beneficiou anteriormente de acompanhamento no Serviço de Psicologia?  Sim     Não

Viana do Castelo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

A/O Proponente

| Serviços Administrativos                            | Direção   | Serviço de Psicologia                               |
|---|---|---|
| Data de entrada: ___/___/_____<br>Assinatura: _____ | Assinatura: _____<br>Data: ___/___/_____<br>_____ | Data de receção: ___/___/_____<br>Assinatura: _____ |

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA – ANO LETIVO 2015/2016**  
**AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_, encarregado(a) de educação do  
aluno(a) \_\_\_\_\_, do \_\_\_º ano, da turma \_\_\_\_\_,  
declaro que:

autorizo que o meu educando seja acompanhado pela psicóloga do agrupamento.

não autorizo que o meu educando seja acompanhado pela psicóloga do agrupamento.

Observações:

---

---

---

---

---

Viana do Castelo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

O/A Encarregado(a) de Educação

---