

Serviço de Psicologia
Avaliação Psicológica (A)
Acompanhamento Psicológico (B)

Requerente: _____

Nome Prof. Titular: _____

Data: ____/____/____

Nº Pedido: _____ (a preencher pelo serviço de psicologia)

Avaliação Psicológica _____ **Acompanhamento Psicológico** _____

Identificação do Aluno

Nome: _____

Ano: _____ **Turma:** _____ **Nº** _____

Data Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____

Encarregado de Educação: _____

Parentesco: _____ **Telefone:** _____

Morada: _____

Pedido

Director de Turma:

Encarregado de Educação:

C.P.C.J.:

Outro: _____

Breve descrição pedido (descrição do problema, frequência e intensidade, contextos, consequências)

Acompanhamentos/Medidas de Intervenção Anteriores:

Acompanhamento Psicológico

Processo na C.P.C.J.

Apoio Educativo Especializado (alunos N.E.E.)

Pedagogia Diferenciada na Sala de Aula

Outras _____

Nota: anexar documentação relevante (relatórios anteriores, informações que documentem as necessidades dos alunos, resultados de avaliação, etc.)

A Preencher pelo Serviço de Psicologia:

(A) Avaliação Psicológica:

Data Início Processo de Avaliação Psicológica: ____/____/____

Data Entrega Relatório: ____/____/____

Data Arquivo Processo: ____/____/____

(B) Acompanhamento Psicológico:

Nº de Acompanhamentos realizados: _____

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data Entrega Relatório: ____/____/____

Data Arquivo Processo: ____/____/____

O Encarregado de Educação tem conhecimento e autoriza a avaliação e acompanhamento psicológico: **Sim** **Não**

Assinatura do Enc. de Educação: _____

Assinatura do Professor: _____

Assinatura do Psicólogo: _____

Data: ____/____/____