

SERVIÇO DE PSICOLOGIA Avaliação Psicológica (A) Acompanhamento Psicológico (B)

Requerente:

Nome Prof. Titular:

Data:

Nº Pedido:

Avaliação Psicológica Acompanhamento Psicológico

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Ano:

Turma:

Nº

Idade:

Data de Nascimento

Encarregado de Educação:

Parentesco:

Contactos:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

PEDIDO

Diretor 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.

Abrangidos pelo Decreto-lei nº54/2018 Pedagogia Diferenciada na sala de Aula

Outra: [Clique aqui para inserir texto.](#)

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

[A preencher pelo Serviço de Psicologia]

(A) Avaliação Psicológica:

Data Inicio 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

Data Entrega Relatório:

Data Arquivo Processo:

Termo de Uso e tratamentos de dados*

Autorizo, de forma livre, explícita e informada, o tratamento dos seus dados constantes na presente sinalização, na medida do adequado, pertinente e limitado, tendo em vista a finalidade de gestão e organização do serviço de Psicologia, pelo período necessário ao seu cumprimento (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016)

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

Sim Não

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Assinatura do Professor: _____

Assinatura do Psicólogo: _____

Data: _____