



Formulário de Referenciação para o Serviço de Psicologia

Ano Letivo ____/____

1. CARACTERIZAÇÃO

Escola _____/JI _____

Data do Encaminhamento/Sinalização: ____/____/20____

Sinalização efetuada por:

Diretor de Turma: Encarregado de Educação: Conselho de Turma: Outro: _____

Diretor(a) da Turma / Professor Titular de Turma: _____

Professor do Apoio Educativo (quando apoiado diretamente): _____

Outros Intervenientes: _____

Contactos telefónicos: 1. _____ 2. _____ 3. _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO/A ALUNO/A

Nome: _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade: ____ anos

Ano de Escolaridade: ____º Turma: _____ N.º _____

N.º de Retenções: _____ Ano de Escolaridade em que ocorreu: _____

3. DADOS SOBRE A FAMÍLIA

Nome da mãe: _____

Idade: ____ anos Profissão: _____ Habilitações Académicas: _____

Nome do pai: _____

Idade: ____ anos Profissão: _____ Habilitações Académicas: _____

O aluno habita com _____

Residência habitual do agregado familiar: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Fratria: _____ Lugar na Fratria: ____º

Dados Relevantes sobre a Fratria: _____



4. RAZÕES QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO PARA O SP

4.1. De Âmbito Académico (Anexar Documentos Relevantes)

4.2. De Âmbito Comportamental

4.3. Outros (De Âmbito Ambiental: Familiar, Rede Social, Etc.)

**4.4. SÍNTESE DOS COMPORTAMENTOS OBSERVADOS / DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO
(Anexar Relatórios Médicos ou Documentos Relevantes)**





4.5. Acompanhamentos Anteriores / Medidas de Intervenção

- MEDIDAS JÁ IMPLEMENTADAS

No âmbito do Despacho Normativo n.º 1-F/2016 de 5 de abril.

Quais Medidas: _____

No âmbito do Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro.

Quais Medidas: _____

Encaminhamento/Acompanhamento dos serviços de saúde e afins.

Quais: _____

4.6. Outros Planos de Ação / Estratégias Aplicadas

- COM O/A ALUNO/A:

- COM O/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO:

5. PARECER / AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Autorizo o encaminhamento do meu educando para o Serviço de Psicologia do Agrupamento, a fim de ser observado e, caso se justifique, autorizo que seja avaliado/acompanhado ou alvo de uma intervenção psicológica e/ou psicopedagógica, adequada à situação diagnosticada.

Vila Flor, ____ de _____ de 20____

O/A Encarregado/a de Educação:



6. ASSINATURAS

6.1. Professor

Diretor(a) de Turma /

Professor(a) Titular de Turma: _____

6.2. Direção do Agrupamento

Tomei conhecimento

Assinatura do Diretor do Agrupamento: _____

Data: ____/____/____

7. RECEÇÃO NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

7.1. Data da Receção

Data da Receção: ____/____/____

Psicóloga Escolar: _____

7.2. Dados da Entrevista / Observação

Data: ____/____/____

7.3. Plano de Ação / Estratégias

