

**FICHA DE SINALIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

**Identificação do Aluno**

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

Diretor de Turma/Docente Titular: \_\_\_\_\_

Ano e Turma: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Contactos: Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Pedido**

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

**Motivo** (descrição do problema, frequência e intensidade, contextos, consequências):

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

**Acompanhamentos/Medidas de intervenção** (anteriores e no presente)

- \*Acompanhamento psicológico Teve  Tem  Se sim, indique:  
Psicólogo(a): \_\_\_\_\_  
Entidade: \_\_\_\_\_  
Contacto: \_\_\_\_\_  
Outras observações:
- \*Acompanhamento regular em consultas médicas Teve  Tem  Se sim, indique:  
Médico(a): \_\_\_\_\_  
Entidade: \_\_\_\_\_  
Contacto: \_\_\_\_\_  
Outras observações:
- Apoio educativo:  Se tem, a que disciplinas?  
\_\_\_\_\_
- Tutoria:  Se tem, nomeie o(a) tutor(a): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

\*Devem anexar-se os relatórios/informações médicas e/ou psicológicas que existam a este formulário.

### **AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ na  
qualidade de Encarregado de Educação do(a) aluno(a)  
\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ano, da  
turma \_\_\_\_\_, declaro que \_\_\_\_\_ autorizo o meu educando a ter  
acompanhamento psicológico pelo Serviço de Psicologia e Orientação desta escola, em  
horário a definir posteriormente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor de Turma: \_\_\_\_\_