



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE
CASTRO DAIRE - 161718**

FICHA DE PEDIDO DE AVALIAÇÃO

Avaliação em Terapia da Fala ☐

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____. Idade: ____ anos e ____ meses

Morada: _____

Encarregado de Educação: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Jardim-de-Infância/Escola: _____

Ano de escolaridade: _____

Educador(a)/Professor(a): _____

Telefone/Telemóvel: _____

2. DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA FAMILIAR DO ALUNO

3. PERCURSO ESCOLAR DO ALUNO (frequência de Jardim-de-Infância, retenções, etc)



**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE
CASTRO DAIRE - 161718**

4. MOTIVOS PARA A AVALIAÇÃO DO ALUNO

5. MAIORES DIFICULDADES DO ALUNO (a nível da fala, linguagem oral, escrita, leitura, cálculo, raciocínio, etc)

6. COMPORTAMENTO DO ALUNO PERANTE AS SUAS DIFICULDADES (com os colegas, com os adultos, com os familiares, etc)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE
CASTRO DAIRE - 161718**

**7. MEDIDAS E ESTRATÉGIAS JÁ UTILIZADAS PARA SUPERAR AS DIFICULDADES DO
ALUNO**

**8. AVALIAÇÕES E/OU ACOMPANHAMENTOS NOUTROS SERVIÇOS (refira as informações
fornecidas nos relatórios – poderá anexar cópia dos relatórios relevantes para a
situação em questão)**

9. OUTROS DADOS RELEVANTES

Responsável pelo preenchimento:

_____, ____ de _____ de 20__



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE
CASTRO DAIRE - 161718**

Eu, _____, Encarregado de Educação do(a) aluno
(a) _____, declaro que tomei conhecimento,
concordo com as informações contidas neste documento e autorizo a realização da avaliação
solicitada.

O Encarregado de Educação

_____ de _____ de 20__

Professor(a) ☐ Pais ☐ Outro ☐ _____