Data de recepção

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(A preencher pelo CRTIC)

# Formulário de referenciação

# Importante: A referenciação deverá ser previamente autorizada pela direção do agrupamento de escolas/escola não agrupada e pelo encarregado de educação (cf. autorização no final deste documento).

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do aluno: | Ano de escolaridade: |
| Data de Nascimento: | CC/BI: |
| Morada: |  |
| NISS: |  N.º de Utente (SNS): |
| Atestado de incapacidade multiusos: | Sim |  | Não |  | Grau de incapacidade |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Encarregado de Educação/Responsável pelo alunoNome: | Contacto:  |
| NISS: | E-mail: |

|  |
| --- |
| Agrupamento de Escolas/Escola Não Agrupada: |
| Estabelecimento de Ensino: |
| Morada da Escola: |
| Tel: | E-mail: |

|  |
| --- |
| Prof. Educação Especial: |
| Tel/Telm:  |  | E-mail: |

|  |
| --- |
| Responsável Grupo/ Prof. Titular de Turma/D.T. (riscar o que não interessa): |
| Tel/Telm:  |  | E-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| Pessoa responsável pela referenciação: |  |
| Grau de parentesco/cargo: |  |
| Tel/Telm: |  | E-mail: |

|  |
| --- |
| Outro(s) serviço(s) que acompanha(m) o aluno: |

|  |
| --- |
| Objetivo da avaliação: |

Tipologia das dificuldades do aluno (assinalar apenas uma)

|  |
| --- |
| Funções |
| Sensoriais | Mentais | Voz e fala | Neuromúsculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento | Mental Motor Sensorial (multideficiência) |
| Visão | Audição | Linguagem | Intelectuais | Emocionais | Psicossociais Globais |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## ASPETOS RELEVANTES

**Diagnóstico** (problemática):

**Comunicação/Linguagem/Fala** (capacidade de se expressar e como):

**Nível de conhecimentos** (áreas curriculares):

**Acessibilidade à escrita e à informação** (descrição sucinta):

**Comportamento** (descrição sucinta):

**Postura/Mobilidade:**

**Tecnologia de apoio que dispõe (casa/escola)**:

**Observações** (outros aspetos relevantes):

**Nota –** Anexar cópias de documentos, tais como: *PEI,* Relatório técnico-pedagógico, relatório(s) médico(s), relatórios pedagógicos, entre outros considerados relevantes.

 (Data)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Identificação e assinatura do responsável pelo pedido)

|  |
| --- |
| **Autorização da referenciação para avaliação pelo CRTIC** |
|  |
| **O(A) Encarregado(a) de Educação:** | **A Direção** |
| Nome: | Nome: |
| Data: | Data: |
| Assinatura: | Assinatura: |