**IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE APLICAÇÃO DE MEDIDAS**

**DE SUPORTE À APRENDIZAGEM E À INCLUSÃO**

**(Artigo 20º do Decreto-Lei Nº 54/2018, republicado na Lei Nº116/2019)**

| **Nome do aluno** |  | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data de Nascimento** |  | **Idade** |  |
| **Nível de Educação/Ensino** |  | **Grupo/Turma** |  |
| **Ano de Escolaridade** |  | **Nº de Processo** |  |
| **Escola** |  | | |

***Todos os campos devem ser devidamente preenchidos. A inexistência ou insuficiência de informação pode comprometer o processo de avaliação da necessidade de aplicação de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e implicar a devolução do documento para complemento da informação.***

| **1. História escolar e pessoal**  (historial clínico, frequência da educação pré-escolar, escolas frequentadas, assiduidade, retenções, apoios implementados em anos anteriores…) |
| --- |
|  |

| **2. Desempenho escolar /razões que levam à necessidade de aplicação de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão**  (Dados relativos aos contextos e singularidades do aluno, identificação dos fatores que facilitam e dificultam o seu progresso e desenvolvimento, necessidades detetadas, indicação de evidências. Com base no perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória, nas aprendizagens essenciais e nos demais documentos curriculares) |
| --- |
|  |

| **3. Medidas adotadas / Intervenções efetuadas para resolução da problemática identificada no presente formulário (contexto do grupo/turma e ou contexto escolar)**  (Entre outras informações, deve contemplar a identificação das medidas universais (art.º 8º), as adaptações ao processo de avaliação (art.º 28º) e a avaliação e monitorização das intervenções efetuadas) |
| --- |
|  |

| **4. Informação complementar disponibilizada pelos pais/encarregados de educação** |
| --- |
|  |

| **5. Acompanhamento do aluno por serviços externos à escola**  (Em caso afirmativo, explicitar) |
| --- |
|  |

| **6. Relativamente à problemática identificada no presente relatório, foi efetuado encaminhamento/sinalização para outro(s) serviço(s)? Se sim, Indique.** |
| --- |
| 4.1. ELI (Intervenção Precoce) \_\_\_\_  4.2. GASMI \_\_\_\_  4.3. Serviço de Psicologia da Câmara Municipal de Lagos \_\_\_\_  4.4. Saúde Escolar \_\_\_\_ Identifique:  4.5. Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) \_\_\_\_  4.6. Terapias \_\_\_\_ Identifique:  4.7. Outro(s) \_\_\_\_ Identifique: |

| **7. Identificação da documentação anexada**  (Evidências que fundamentam a necessidade de aplicação de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão) |
| --- |
| * Anexo 1: * Anexo 2: * Anexo 3: |

| **O responsável pela identificação da necessidade de aplicação de medidas** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |

| **O Encarregado de Educação** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |

| **O Diretor** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | José Lopes | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |

| **A Coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Maria Gorete Oliveira | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |