|  |
| --- |
| **Processo de Identificação ao Diretor da****Necessidade de Novas Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão****Aluno que já beneficia de Relatório Técnico Pedagógico** (DL 54/2018 de 6 de julho, na sua redação atual) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**       | **N.º Processo:**       |
| **Data de nascimento:**       | **Idade:**       |
| **Nível de Educação/Ensino:**       |
| **Ano de Escolaridade:**       | **Grupo/Turma:**       |
| **Estabelecimento de Ensino/Escolas:**       |

|  |
| --- |
| 1. **Caracterização da situação atual do aluno** (Potencialidades e dificuldades apresentadas pelo aluno)
 |
|       |
|  |
| 1. **Medidas de Suporte à Aprendizagem e Inclusão, mobilizadas até ao momento**
 |
|       |
|  |
| 1. **Justificação da necessidade de mobilização de novas Medidas de Suporte à Aprendizagem e Inclusão**
 |
|       |
|  |
| 1. **Medidas Propostas**
 |
|       |

|  |
| --- |
| **O Coordenador da Implementação das medidas propostas** |
| **Nome:**       |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **Anuência do aluno** |
| **Nome:**       |
| [ ]  Tomei conhecimento da avaliação e **concordo** com as propostas apresentadas  |
| [ ]  Tomei conhecimento da avaliação e **não concordo** com as propostas apresentadas**Justificação:**       |
| **Data**:  | **Assinatura**:  |

|  |
| --- |
| **Anuência do Encarregado de Educação** |
| Nome:       |
| [ ]  Tomei conhecimento da avaliação e **concordo** com as propostas apresentadas  |
| [ ]  Tomei conhecimento da avaliação e **não concordo** com as propostas apresentadas**Justificação**:       |
| **Data**:  | **Assinatura**:  |

|  |
| --- |
| **Despacho do Diretor do Agrupamento à Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva**  |
| **Nome:**        |
| **Data:**  | **Assinatura:** |

|  |
| --- |
| **Parecer da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva**  |
| [ ]  Parecer favorável [ ]  Parecer desfavorável (justificar)**Justificação:**      |
|  |
| **A Coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** |
| **Nome:** Camila Maria de Meireles Coelho dos Santos |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **Encarregado de Educação** |
| **Nome:**  |
| **Tomei conhecimento, do parecer da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** |
| **Data:** | **Assinatura:** |