

**PROJECTO INTEGRADO
DE SAÚDE BEM-ESTAR SOCIAL E DESENVOLVIMENTO HARMONIOSO E SUSTENTÁVEL DE PONTE DE SOR**

FICHA DE SINALIZAÇÃO

1. SINALIZAÇÃO

ENTIDADE SINALIZADORA			RESPONSÁVEL PELA SINALIZAÇÃO		
DENOMINAÇÃO			NOME		
MORADA			FUNÇÃO		
COD. POSTAL			CONTACTO	TELF:	TELM.
CONTACTOS	TELF:	FAX:	E-MAIL		
E-MAIL			DATA DE SINALIZAÇÃO: ____/____/____		

2. DADOS DA CRIANÇA

NOME			DATA DE NASCIMENTO	____/____/____	IDADE:
MORADA			COD. POSTAL	____ - ____ - ____	
CONTACTOS	TELEF:	TELEM:	E-MAIL:		

ESTABELECIMENTO DE ENSINO				ANO DE ESCOLARIDADE:
PROFESSOR TITULAR		CONTACTOS	TELF:	TELM:
PROFESSOR DE APOIO		CONTACTOS	TELF:	TELM:
ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO		CONTACTOS	TELF:	TELM:
PAI		CONTACTOS	TELF:	TELM:
MÃE		CONTACTOS	TELF:	TELM:

3. MOTIVOS DA SINALIZAÇÃO

Abandono escolar <input type="checkbox"/>	Irrequietude motora <input type="checkbox"/>	Problemas relacionados com minorias étnicas <input type="checkbox"/>
Absentismo escolar <input type="checkbox"/>	Instabilidade emocional <input type="checkbox"/>	Violência <input type="checkbox"/>
Absentismo às aulas/pátio <input type="checkbox"/>	Necessidades Educativas Especiais <input type="checkbox"/>	Negligência <input type="checkbox"/>
Insucesso escolar <input type="checkbox"/>	Doença <input type="checkbox"/>	Maus-tratos físicos <input type="checkbox"/>
Fraco aproveitamento escolar <input type="checkbox"/>	Distúrbios alimentares <input type="checkbox"/>	Maus-tratos psicológicos / Abuso emocional <input type="checkbox"/>
Dificuldades de aprendizagem <input type="checkbox"/>	Uso de estupefacientes <input type="checkbox"/>	Abuso sexual <input type="checkbox"/>
Dificuldades de comunicação e linguagem <input type="checkbox"/>	Ingestão de bebidas alcoólicas <input type="checkbox"/>	Prostituição infantil <input type="checkbox"/>
Problemas de atenção e concentração <input type="checkbox"/>	Problemas de higiene <input type="checkbox"/>	Exposição a modelos de comportamento desviante <input type="checkbox"/>
Desmotivação/ desinteresse escolar <input type="checkbox"/>	Vulnerabilidade socioeconómica <input type="checkbox"/>	Exploração do trabalho Infantil <input type="checkbox"/>
Ofensas físicas a colegas/professores AAE <input type="checkbox"/>	Dificuldade de integração <input type="checkbox"/>	Problemas na Família _____ <input type="checkbox"/>
Ofensas verbais a colegas/professores AAE <input type="checkbox"/>	Integração em grupos marginais <input type="checkbox"/>	Outro _____ <input type="checkbox"/>
Problemas de comportamento <input type="checkbox"/>	Mendicidade <input type="checkbox"/>	

4. INTERVENÇÕES EFECTUADAS/ APOIOS

4.1. A criança beneficia de algum tipo de apoio ou intervenção? Não Sim QUAL?

Planos de Recuperação/ P. Acompanhamento* <input type="checkbox"/>	Medidas no âmbito do Dec-Lei 3/2008 <input type="checkbox"/>	Apoio Psicológico/ Psiquiátrico <input type="checkbox"/>
Pedagogia Diferenciada na sala de aula <input type="checkbox"/>	a) Apoio Pedagógico Diferenciado <input type="checkbox"/>	Apoio Médico <input type="checkbox"/>
Programas de Tutoria <input type="checkbox"/>	b) Adequações curric. individuais <input type="checkbox"/>	Apoio Social <input type="checkbox"/>
Actividades de Compensação <input type="checkbox"/>	c) Adequações proces. matrícula <input type="checkbox"/>	Terapia _____ <input type="checkbox"/>
Aulas de Recuperação <input type="checkbox"/>	d) Adequações proces. avaliação <input type="checkbox"/>	RSI- Rendimento Social de Inserção <input type="checkbox"/>
Act. de ensino específico de Língua Portuguesa a alunos oriundos de países estrangeiros <input type="checkbox"/>	e) Currículo específico individual <input type="checkbox"/>	CPCJ <input type="checkbox"/>
	f) Tecnologias de apoio <input type="checkbox"/>	Outro _____ <input type="checkbox"/>

Nota*: Coloque um **R** quando a medida se inserir no **Plano de Recuperação** e **A** quando a medida se inserir no **Plano de Acompanhamento**.

5. DOCUMENTOS A ANEXAR

Anexar o **Relatório Pedagógico** com descrição da **Situação Problema, Possíveis Causas e Intervenções já efectuadas**. Caso existam deverão anexar **documentos tais como Diagnósticos Médicos, Relatórios Sociais ou toda a informação que se considere pertinente**.

Data ____/____/____
Assinatura do Responsável pela Sinalização

Declaro que tomei conhecimento e autorizo que o meu educando seja avaliado e beneficie da intervenção por parte da Equipa Multidisciplinar do Projecto Integrado de Saúde e Bem-estar Social do Município de Ponte de Sor
Assinatura do Encarregado de Educação
Data ____/____/____

Dados a Considerar:

1. Percurso escolar da criança
2. Descrição sucinta da problemática e possíveis causas
3. Intervenções já efectuadas e diligências efectuadas junto da família