**Escola**

**Identificação de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão**

|  |
| --- |
| **1. Responsável pela identificação da necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (pais, serviços de Intervenção Precoce, docentes, técnicos ou serviços externos)** |
| Responsável:  Contacto:       |
| Relação com a criança/Aluno:Data:      /     /      |

|  |
| --- |
| **2. Identificação da Criança/Aluno(a)** |
| Nome:       | Data de nascimento   /  /     |
| Nível de Educação/Ensino:       | Grupo/Turma:       |
| Ano de Escolaridade:       | Escola:        |

|  |
| --- |
| **3. Razões que justificam a necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (***Descrever os motivos e justificações que levam à necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão. Indicar e anexar toda a informação/documentação que justifique esta necessidade: produções da criança, registos de avaliação - sumativa, formativa, intercalar, questões aula; relatórios pedagógicos, psicológicos, médicos e outros).* |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Análise do processo e dos resultados** *(Salientar a eficácia das medidas universais já implementadas, descrever o desempenho do criança/aluno e o seu funcionamento nos diferentes contextos da escola, refletindo sobre as barreiras ao acesso, à participação e à aprendizagem e ainda sobre o envolvimento com os seus pares e com os adultos, entre outras questões relevantes).* |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Receção pelo órgão de gestão do estabelecimento de educação e ensino** (seguimento no prazo de 3 dias úteis): |
| Nome: |
| Data:      /     /      | Assinatura: |

|  |
| --- |
| **6a. Receção pelo coordenador da equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva (caso exista na escola. No caso de não existir, preencher o quadro 6b):** |
| Nome: |
| Data:      /     /      | Assinatura: |

(preencher apenas nos casos em que não está formada a equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva)

|  |
| --- |
| **6b. Receção pelos elementos responsáveis pela análise: titular de turma / diretor de turma, psicólogo/a, docente especializado/a:** |
| Data:      /     /      |  |
| Nome | Função | Assinatura |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |

|  |
| --- |
| **7. Tomada de conhecimento do encarregado/a de educação:** |
| Nome: |
| Data:      /     /      | Assinatura: |