



GAAF

PEDIDO DE ENCAMINHAMENTO

Entidade ou pessoa responsável pelo pedido: _____ Data: _____

Assinatura: _____

1. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DA CRIANÇA / AGREGADO FAMILIAR

Nome: _____ N.º: _____ Turma: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____

Morada: _____

Freguesia: _____

B. I. / Cartão do Cidadão/ passaporte n.º: _____ N.º de Utente do S.N. Saúde: _____

Apoio Socioeducativo: ASE Escalão: A B Sup. Alimentar: S / N

Enc. de Educação: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

Contacto: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____ N.º de Irmãos: _____ Idades: _____

Composição do Agregado Familiar:

Mãe

Pai

Madrastra

Padrasto

Irmãos _____

Tios _____

Avós _____

Outros _____

2. MOTIVO DO PEDIDO:

Absentismo / Abandono escolar

Instabilidade emocional

Comportamentos desviantes/disruptivos

Carência socioeconómica

NSE (Necessidades Saúde Especiais) ⁽¹⁾

Avaliação Psicológica

Dificuldades de aprendizagem

Outros: _____

Descrição da situação, frequência e intensidade, contextos, consequências...

⁽¹⁾ "Em Saúde Escolar, consideram-se **Necessidades de Saúde Especiais (NSE)** as que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem". PNSE - DGS, 2007, Pág. 19.

3. MEDIDAS E ESTRATÉGIAS JÁ IMPLEMENTADAS (avaliações/acompanhamentos/medidas de intervenção anteriores):

Terapia da Fala	<input type="checkbox"/>	Psicologia	<input type="checkbox"/>	Medidas suporte à aprendizagem/inclusão	<input type="checkbox"/>
Programas de tutoria	<input type="checkbox"/>	Apoio Educativo	<input type="checkbox"/>	Se sim quais: _____	
Pedagogia diferenciada	<input type="checkbox"/>	Apoio ao Estudo	<input type="checkbox"/>	Outras _____	<input type="checkbox"/>

Obs: Anexar documentação relevante (Relatórios psicológicos/médicos, atas de reuniões que mencionem as necessidades do aluno, resultados de avaliação, entre outros)

4. DESPACHO:

Despacho do Diretor (3 dias úteis)	Coordenadora do GAAF
____/____/____ (assinatura)	Recebido em: ____/____/____ (assinatura)

5. DELIBERAÇÃO:

GAAF	EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
	Aplica-se, apenas, quando há necessidade de proceder à avaliação da necessidade de mobilização de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão: (artigo 20º, do Decreto- Lei n.º 54/2018, de 6 de julho)
Encaminhamento para:	Medidas Universais: <input type="checkbox"/> Alínea(s): _____ Medidas Seletivas/Adicionais (30 d.u.): <input type="checkbox"/>
Tomei conhecimento: Assinatura da direção: _____ Data: ____/____/____	Deliberado em: ____/____/____ (10 d.u.) (assinatura) Tomei conhecimento: O diretor: Data: ____/____/____ (assinatura) O/A EI/PTT/DT: Data: ____/____/____ (assinatura)