|  |
| --- |
| **Processo de Identificação ao Diretor****Necessidade de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão** (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. Explicitação das razões que levam à necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão** |
|       |

|  |
| --- |
| **2. Medidas já mobilizadas para superar as dificuldades** (juntar evidências) |
|       |

|  |
| --- |
| **3. Identificação do elemento que registou a identificação**  |
| **Nome:**       |
| [ ]  Encarregados de educação  | [ ]  Serviços de intervenção precoce | [ ]  Docentes |
| [ ]  Outros técnicos ou serviços (*Especificar*):       |  |
|  |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **4. Autorização do Encarregado de Educação** |
| **Nome:**       |
| [ ]  **Autorizo** que o meu educando seja monitorizado pela Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva. |
| [ ]  **Não autorizo** que o meu educando seja monitorizado pela Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva. |
| **Justificação:**       |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **5. Despacho do Diretor do Agrupamento à Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva**  |
| **Nome:**       |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **6. Tomada de conhecimento pela Coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** |
| **Nome:** Camila Maria de Meireles Coelho dos Santos |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **7. Tomada de decisão pela Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** |
| O/A aluno/a deve ser abrangido e mobilizado por Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão, a saber:  |
| [ ]  **Medidas universais**; |
| [ ]  **Medidas seletivas**; |
| [ ]  **Medidas adicionais**. |
| **Operacionalização das medidas** [ ]  Elaboração/ Reforço do Plano de Implementação de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão – Medidas Universais - Adaptações ao Processo de Avaliação[ ]  Elaboração de RTP, quando aplicável PEI e PIT[ ]  Plano de Saúde Individual  |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **8. Devolução do processo pela Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva**  |
| **O Diretor do Agrupamento:**  |
| **Nome:**       |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |
| **O Educador de Infância, Professor Titular de Turma ou Diretor de Turma** |
| **Nome:**       |
| **Data:**  | **Assinatura:**  |

|  |
| --- |
| **9. Encarregado de Educação** |
| **Nome:**       |
| **Tomei conhecimento decisão da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva,****Data: Assinatura:**  |