|  |
| --- |
| **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:** |