**REVISÃO DAS MEDIDAS DE SUPORTE À APRENDIZAGEM E À INCLUSÃO PREVISTAS NO RELATÓRIO TÉCNICO-PEDAGÓGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do aluno** |  | | |
| **Data de Nascimento** |  | **Idade** |  |
| **Nível de Educação/Ensino** |  | **Grupo/Turma** |  |
| **Ano de Escolaridade** |  | **Nº de Processo** |  |
| **Escola** |  | | |

***Todos os campos devem ser devidamente preenchidos. A inexistência ou insuficiência de informação pode comprometer o processo de reavaliação da necessidade de aplicação de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão e implicar a devolução do documento para complemento da informação.***

|  |
| --- |
| **1. Medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão implementadas**  (De acordo com o definido no Relatório Técnico-Pedagógico) |
| **Medidas Seletivas (art.º 9º):** |
|  |
| **Medidas Adicionais (art.º 10º):** |

|  |
| --- |
| **2. Desempenho escolar /razões que levam à necessidade de revisão das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão previstas no Relatório Técnico-Pedagógico**  (Dados relativos aos contextos e singularidades do aluno, identificação dos fatores que facilitam e dificultam o seu progresso e desenvolvimento, necessidades detetadas, indicação de evidências. Com base no perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória, nas aprendizagens essenciais e nos demais documentos curriculares) |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Avaliação e monitorização das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão**  (Explicitar de que forma se procedeu à monitorização da implementação dessas medidas, os intervenientes no processo, os momentos de avaliação e os resultados obtidos) |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Relativamente à problemática identificada no presente formulário, foi efetuado encaminhamento/sinalização para outro(s) serviço(s)? Se sim, Indique.** |
| 4.1. ELI (Intervenção Precoce) \_\_\_\_  4.2. GASMI \_\_\_\_  4.3. Serviço de Psicologia da Câmara Municipal de Lagos \_\_\_\_  4.4. Saúde Escolar \_\_\_\_ Identifique:  4.5. Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) \_\_\_\_  4.6. Terapias \_\_\_\_ Identifique:  4.7. Outro(s) \_\_\_\_ Identifique: |

|  |
| --- |
| **5. Identificação da documentação anexada**  (Evidências que fundamentam a necessidade de revisão das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão implementadas) |
| * Anexo 1: * Anexo 2: * Anexo 3: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **O responsável pela identificação da necessidade de reavaliação das medidas aplicadas** | | | |
| Nome |  | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **O Encarregado de Educação** | | | |
| Nome |  | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **O Diretor** | | | |
| Nome | José Lopes | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A Coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva** | | | |
| Nome | Maria Gorete Oliveira | | |
| Data: |  | Assinatura: |  |