

ANEXO III

SINALIZAÇÃO PARA AVALIAÇÃO/APOIO PSICOLÓGICO

**Nota:** Antes do preenchimento do formulário deve ler atentamente o Regulamento do Serviço Municipal de Psicologia.

Processo nº: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(A preencher pelo Serviço Municipal de Psicologia)

<b>Criança</b>	
Nome:	
Data de Nascimento:	Idade:
Morada:	
Escola:	Ano: Turma: N°:
<b>Pai</b>	
Nome:	
Morada:	
Idade:	Contacto:
<b>Mãe</b>	
Nome:	
Morada:	
Idade:	Contacto:
<b>Encarregado(a) de educação</b>	
(preencher se o(a) encarregado(a) de educação não for o pai ou a mãe)	
Nome:	
Morada:	
Idade:	Contacto:
<b>Diretor(a) de turma</b>	
Nome:	
Horário de atendimento:	
Telefone:	E-mail:

**Composição do agregado familiar**

Nome	Idade	Grau de Parentesco com a criança

**Motivo do pedido** (descreva sucintamente a situação e indique os dados que considera pertinentes):

---



---



---



---

**Procedimentos já adotados/tentativas de resolução da situação:**

---



---



---



---

Nome: \_\_\_\_\_

Tipo de relação com a criança/ grau de parentesco: \_\_\_\_\_

---

**Identificação do autor da sinalização**

A Diretor(a) de turma	O Diretor	A Coordenadora dos SEAE	A psicóloga do SMP
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___