



Acompanhamentos/Medidas de Intervenção Anteriores

Acompanhamento Pedopsiquiátrico/Psiquiátrico

Acompanhamento Psicológico

Outras _____

Nota: anexar documentação relevante (relatórios anteriores, informações que documentem as necessidades do aluno, resultados da avaliação, etc.)

Consentimento Informado

Declaro ter conhecimento e autorizo o processo de avaliação e/ou acompanhamento psicológicos.

O requerente/EE/outro

Data: ____ / ____ / ____

A preencher pelo Serviço de Psicologia

Avaliação Psicológica

Data da avaliação: ____ / ____ / ____

Data de entrega do relatório: ____ / ____ / ____

Data de arquivo do processo: ____ / ____ / ____

Acompanhamento psicológico

Data de início: ____ / ____ / ____

Data de entrega do relatório: ____ / ____ / ____

Data de arquivo do processo: ____ / ____ / ____

Data de receção do formulário: ____ / ____ / ____

A Técnica Superior de Psicologia,

(Sara Barroso)