

____ / ____ Ano
lectivo

Nome da

Escola _____

| 1. DADOS PESSOAIS DO ALUNO | | | | | | |
|--|---|---|--|--|-------------------------|--|
| NOME | CHINÊS | Língua estrangeira ou romanização | | Foto | | |
| SEXO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | LOCAL DE NASCIMENTO | <input type="checkbox"/> MACAU <input type="checkbox"/> Interior da China <input type="checkbox"/> Outros (Indique) | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | ____ / ____ / ____ Ano Mês Dia | | Nº do cartão de utente dos SSM | | | |
| Documento de identificação | <input type="checkbox"/> BIR <input type="checkbox"/> BINR <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> Outro (Indique) | | Nº | | | |
| Morada | | | Telefone | | | |
| NOME DO PAI | Chinês | Língua estrangeira ou romanização | | Telefone | Casa Telemóvel | |
| NOME DA MÃE | Chinês | Língua estrangeira ou romanização | | Telefone | Casa Telemóvel | |
| NOME DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO | Chinês | Língua estrangeira ou romanização | | Telefone | Casa Telemóvel | |
| PESSOA A CONTACTAR EM CASO DE ACIDENTE/ EMERGÊNCIA | Chinês | Língua estrangeira ou romanização | | Telefone | Casa Telemóvel | |
| Relação entre o encarregado de educação e o aluno | | <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro (Indique) | | Relação entre a pessoa a contactar e o aluno | | |
| Situação familiar | N.º de irmãos mais velhos | N.º de irmãos mais novos | | N.º de irmãs mais velhas | N.º de irmãs mais novas | |
| | Membros que moram junto | <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Outro (Indique) | | | | |
| Estado de saúde | Altura | metro | | Peso | kg | |
| | <input type="checkbox"/> É saudável | | <input type="checkbox"/> Está frequentemente doente | | | |
| | <input type="checkbox"/> Doenças que sofre (Indique) | | <input type="checkbox"/> Toma medicamentos permanentemente (Indique) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Que operação fez (Indique) | | <input type="checkbox"/> Tem alergia alimentar (Indique) | | | |
| <input type="checkbox"/> Outros (Indique) | | | | | | |

Nome do aluno: _____

2. PERCURSO ESCOLAR

Frequência escolar anterior
(Indique o nome das escolas que
frequentou)

3. Percurso de aconselhamento / terapia

Aconselhamento / Terapia
anterior
(os serviços de aconselhamento e
terapia que recebeu)

Nome do aluno: _____

| 4. Problemas do aluno | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| A. Diagnóstico médico de Macau (Escolha apenas um item e assinale com “A”) | | B. Problemas que tem (Pode escolher mais de que um item e assinalar com “B”) | |
| 1. | Deficiência intelectual | 1. | Problema intelectual |
| 2. | Deficiência visual | 2. | Problema visual |
| 3. | Deficiência auditiva | 3. | Problema auditivo |
| 4. | Deficiência física | 4. | Problema motor |
| 5. | Paralisia cerebral | 5. | Problema da fala |
| 6. | Deficiência de comunicação | 6. | Problema emocional/ comportamental |
| 7. | Falta de concentração/hiperactividade | 7. | Problema de concentração |
| 8. | Perturbações do desenvolvimento global | 8. | Dificuldade de leitura e escrita |
| 9. | Atraso no desenvolvimento | 9. | Dificuldades em Matemática |
| 10. | Dificuldade de aprendizagem especial | 10. | Outros |
| 11. | Síndrome de <i>Down's</i> | | |
| 12. | Doença mental | | |
| 13. | Desordem múltipla | | |
| 14. | Outros | | |

Observações: (Esclarece a situação e o nível dos problemas acima referidos)

(A. O “Diagnóstico médico de Macau” significa que o preenchimento é feito conforme o atestado médico de Macau, caso tenha falta do diagnóstico médico de Macau, preencha “A” na coluna “Outros” e indique que não tem o respectivo diagnóstico;

B. As colunas do “Problema que tem” são preenchidas conforme o resultado de avaliação.)

Nome do aluno: _____

5. Potencialidades, nível de aquisição de conhecimentos e características das dificuldades do aluno (É preenchida conforme a observação do professor sobre a actuação do aluno nas aulas, podendo escolher mais de que um item)

| | | | |
|---|---|--|---|
| Potencialidades | <input type="checkbox"/> Comunicação interpessoal | <input type="checkbox"/> Capacidade de cálculo | <input type="checkbox"/> Melodia música |
| | <input type="checkbox"/> Cenestesia | <input type="checkbox"/> Capacidade de falar | <input type="checkbox"/> Arte visual |
| | <input type="checkbox"/> Capacidade de observação | | |
| | <input type="checkbox"/> Outros (Indique) | | |
| Nível de aprendizagem no ano lectivo passado | <input type="checkbox"/> Ensino infantil | <input type="checkbox"/> aluno normal | Nível de escolaridade |
| | <input type="checkbox"/> Ensino primário | <input type="checkbox"/> aluno integrado | |
| | <input type="checkbox"/> Ensino secundário | | |
| | <input type="checkbox"/> Ensino especial | <input type="checkbox"/> Classe do ensino especial pré-escolar | Nível de ensino/ escolaridade |
| | <input type="checkbox"/> Classe do ensino especial | | |
| | <input type="checkbox"/> Classe reduzida | | |
| | <input type="checkbox"/> Outros (Indique) | | |
| | Línguas | Matemática | Conhecimentos gerais |
| | Outros (Indique) | | |
| Dificuldades | <input type="checkbox"/> Dificuldade na identificação das letras | <input type="checkbox"/> Dificuldade na leitura e compreensão | |
| | <input type="checkbox"/> Dificuldade na expressão escrita | <input type="checkbox"/> Memória fraca | |
| | <input type="checkbox"/> Dificuldade na compreensão auditiva | <input type="checkbox"/> Dificuldade no raciocínio | |
| | <input type="checkbox"/> Dificuldade no cálculo | <input type="checkbox"/> Dificuldade no conceito dos números | |
| | <input type="checkbox"/> Fraca capacidade da fala | <input type="checkbox"/> Capacidade de orientação baixa | |
| | <input type="checkbox"/> Fraca capacidade de coordenação mão olho | <input type="checkbox"/> Baixa concentração | |
| | <input type="checkbox"/> Dificuldade motora | <input type="checkbox"/> Outros (Indique) | |
| | | | |

6. Medidas do ensino especial adoptadas

A. Colocação educativa neste ano lectivo

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ensino infantil | <input type="checkbox"/> aluno integrado | Nível de escolaridade |
| <input type="checkbox"/> Ensino primário | | |
| <input type="checkbox"/> Ensino secundário | | |
| <input type="checkbox"/> Ensino especial | <input type="checkbox"/> Classe do ensino especial pré-escolar | Nível de ensino/ escolaridade |
| | <input type="checkbox"/> Classe do ensino especial | |
| | <input type="checkbox"/> Classe reduzida | |
| <input type="checkbox"/> Outros (Indique) | | |

Nome do aluno: _____

| B. 【Plano educativo neste ano lectivo】 (Pontos prioritários educativos) | |
|--|-------------|
| <i>Obs. O professor pode preencher o impresso A ou B de acordo com as disciplinas ou áreas de aprendizagem do aluno.</i> | |
| Impresso A | Observações |
| 1. Língua chinesa | |
| 2. Língua estrangeira | |
| 3. Matemática | |
| 4. Conhecimentos gerais | |
| 6. Educação Física | |
| 7. Educação artística | |
| 8. Comunicação/convívio social | |
| 9. Comportamento e emoções | |
| 10. Outros | |

Nome do aluno: _____

B. 【Plano educativo neste ano lectivo】 (Pontos prioritários educativos)

Obs. O professor pode preencher o impresso A ou B de acordo com as disciplinas ou áreas de aprendizagem do aluno.

| Impresso B | Observações |
|--|-------------|
| 1. Área de aprendizagem das disciplinas | |
| 2. Área de cuidados próprios | |
| 3. Área das emoções sociais | |
| 4. Área de comunicação e convívio social | |
| 5. Área de movimento | |
| 6. Outros | |

Nome do aluno: _____

| C: Os serviços profissionais que está a receber | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|----------------------|-------------|-------|
| Tipo de serviços | Conteúdo dos serviços | Objectivos principais | Forma dos serviços | Frequência | Data de início e fim | Responsável | Local |
| Aconselhamento psicológico | | | | / | | | |
| | | | | vez semana | | | |
| | | | | Minutos por vez | | | |
| Aconselhamento de aprendizagem | | | | / | | | |
| | | | | vez semana | | | |
| | | | | Minutos por vez | | | |
| Fisioterapia | | | | / | | | |
| | | | | vez semana | | | |
| | | | | Minutos por vez | | | |
| Terapia ocupacional | | | | / | | | |
| | | | | vez semana | | | |
| | | | | Minutos por vez | | | |
| Terapia da fala | | | | / | | | |
| | | | | vez semana | | | |
| | | | | Minutos por vez | | | |
| Outros | | | | / | | | |
| | | | | vez semana | | | |
| | | | | Minutos por vez | | | |
| 【Obs.】 (É preenchida pelo grupo de trabalhos do ensino especial) | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Nome do aluno: _____

7. Data de elaboração do plano e assinatura dos participantes

Prazo de validade do plano _____ ano _____ mês _____ dia a _____ ano _____ mês _____ dia

| | Nome | Assinatura | Data |
|------------------------------------|-------|------------|-------|
| Director da Escola | _____ | _____ | _____ |
| Director de turma | _____ | _____ | _____ |
| Professor da disciplina | _____ | _____ | _____ |
| Professor de apoio | _____ | _____ | _____ |
| Agente de aconselhamento | _____ | _____ | _____ |
| Psicólogo | _____ | _____ | _____ |
| Terapeuta ocupacional | _____ | _____ | _____ |
| Fisioterapeuta | _____ | _____ | _____ |
| Terapeuta da fala | _____ | _____ | _____ |
| Professor de treino da fala | _____ | _____ | _____ |
| Outros | _____ | _____ | _____ |

【Data de reunião】

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------------|--|
| Primeira reunião | _____ / _____ / _____ ano mês dia | Terceira Reunião | _____ / _____ / _____ ano mês dia |
| Segunda reunião | _____ / _____ / _____ ano mês dia | Quarta reunião | _____ / _____ / _____ ano mês dia |

