



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**  
**SEFOPPE**

**Anexo I - Ficha de Encaminhamento de Fonoaudiologia**

**Solicitação:** Atendimento em Fonoaudiologia

**Nome da Unidade:**

**Nome do Aluno:**

**Data de Nascimento:**

**Turma:**

**Turno:**

**Nome dos pais/responsáveis:**

**Telefone dos pais/responsáveis:**

**Nome do professor:**

**Descrever a situação que gerou o encaminhamento (fornecer o maior número possível de informações) ou situação que gerou o encaminhamento e intervenções já realizadas (na própria Escola ou com outros profissionais).:**

**Aspectos comportamentais e emocionais observados pela equipe pedagógica (infecções frequentes de orelha e garganta e/ou faltas frequentes por outros motivos médicos).:**

**Histórico escolar (reprovações, escolas anteriores, se frequenta apoio pedagógico ou AEE, áreas que possui maior dificuldade).:**

**Descrever a situação familiar (composição, relacionamentos e comprometimento com a Escola).:**

**Outras informações.:**

**Nome do(a) Diretor(a):**

**Nome do(a) Coordenador(a):**

**Nome do(a) responsável pelo preenchimento do encaminhamento:**

**Data do encaminhamento:**