



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES FAMILIARES
DECLARAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO
SUBSÍDIO POR FREQUÊNCIA DE ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
APOIO INDIVIDUALIZADO

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE (*)

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Localidade	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>

(*) Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança/jovem com deficiência a cargo.

2 ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA/JOVEM COM DEFICIÊNCIA

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

3 ELEMENTOS RELATIVOS À DEFICIÊNCIA
A preencher pelos serviços do Ministério da Educação

3.1 Caracterização

PERTURBAÇÕES GRAVES:	1. Na produção da fala	<input type="radio"/>	2. Do comportamento	<input type="radio"/>
ALTERAÇÕES GRAVES:	1. Da comunicação e linguagem	<input type="radio"/>	2. No processo de leitura e escrita	<input type="radio"/>
	3. No acesso e domínio de outras áreas/conteúdos curriculares			<input type="radio"/>

3.2 Especificação das perturbações graves (1)

1.

2.

(continua na pág. seguinte)

3 ELEMENTOS RELATIVOS À DEFICIÊNCIA (continuação)
A preencher pelos serviços do Ministério da Educação

3.3 Especificação das alterações graves (1)

1. _____

2. _____

3. _____

(1) Especificar, para cada uma das situações assinaladas, os fundamentos e os resultados da observação.

4 CERTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO/ENSINO

Declara-se:

- O aluno frequenta este estabelecimento: _____
Indicar nome completo do estabelecimento
- Os Serviços de Apoio ao estabelecimento de ensino não possuem, no ano lectivo de _____ | _____ os recursos para a implementação das medidas específicas necessárias, identificadas no campo 3.
- Na área geográfica do Agrupamento de Escolas/Escola não Agrupada não existem os recursos específicos necessários ao aluno.

A presente declaração é válida pelo período de _____ ano | _____ mês | _____ dia a _____ ano | _____ mês | _____ dia .

_____ ano | _____ mês | _____ dia

Nome e assinatura do Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas/Escola não Agrupada

Os dados constantes deste documento serão objecto de registo informático na base de dados da segurança social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correcção. As falsas declarações são punidas nos termos da lei.