

**Declaração do Estabelecimento de Educação/Equipa de Intervenção****Dados do requerente**

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Dados da criança/jovem com deficiência

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

 - -

ano

mês

dia

Nome do estabelecimento de ensino

Ano Letivo

 / **Dados da deficiência e do apoio prescrito****3.1. Tipo de redução de capacidade** Física Motora Orgânica Sensorial Intelectual**3.2. Apoio necessário**

Apoio Individual por técnico especializado:

3.2.1. Psicomotricidade N.º de sessões () Periodicidade **3.2.2.** Terapia da fala N.º de sessões () Periodicidade **3.2.3.** Psicologia N.º de sessões () Periodicidade **3.2.4.** Outro N.º de sessões () Periodicidade **3.2.5.** Outro N.º de sessões () Periodicidade **3.2.6.** Outro N.º de sessões () Periodicidade Resumo da caracterização do apoio prescrito pelo médico (formulários [GF 61](#) ou [GF 62](#))¹:¹ Caso seja necessário detalhar a caracterização do apoio prescrito, utilize o [quadro 6](#) deste formulário.

Indique se junta a este formulário:

 [Declaração Médica - GF 61](#) [Declaração Médica da Necessidade e Tipo de Apoio - GF 62](#)

4

Certificação da Equipa Local de Intervenção (ELI)¹

Declaro que:

▶ A criança está não está a ser acompanhada pela ELI

▶ A ELI **possui** recursos para prestar o apoio prescrito no [quadro 3](#), com a periodicidade e n.º de sessões indicada no campo:

3.2.1. Psicomotricidade

3.2.2. Terapia da fala

3.2.3. Psicologia

3.2.4. Outro

3.2.5. Outro

3.2.6. Outro

▶ A ELI **não possui** recursos para prestar o apoio prescrito no [quadro 3](#), com a periodicidade e n.º de sessões indicada no campo:

3.2.1. Psicomotricidade

3.2.2. Terapia da fala

3.2.3. Psicologia

3.2.4. Outro

3.2.5. Outro

3.2.6. Outro

A presente declaração é válida pelo período de - - a - - .

ano mês dia ano mês dia

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

- -

ano mês dia

Assinatura do Coordenador da Equipa Local de Intervenção

¹ Crianças dos 0 aos 6 anos.

5

Certificação dos Serviços do Ministério da Educação¹

Declaro que:

▶ A criança/aluno frequenta o estabelecimento

▶ Os Serviços de Apoio ao estabelecimento **possuem** no ano letivo de / o apoio prescrito no [quadro 3](#), com a periodicidade e n.º de sessões indicada no campo:

3.2.1. Psicomotricidade

3.2.2. Terapia da fala

3.2.3. Psicologia

3.2.4. Outro

3.2.5. Outro

3.2.6. Outro

▶ Os Serviços de Apoio ao estabelecimento **não possuem** no ano letivo de / o apoio prescrito [quadro 3](#), com a periodicidade e n.º de sessões indicada no campo:

3.2.1. Psicomotricidade

3.2.2. Terapia da fala

3.2.3. Psicologia

3.2.4. Outro

3.2.5. Outro

3.2.6. Outro

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

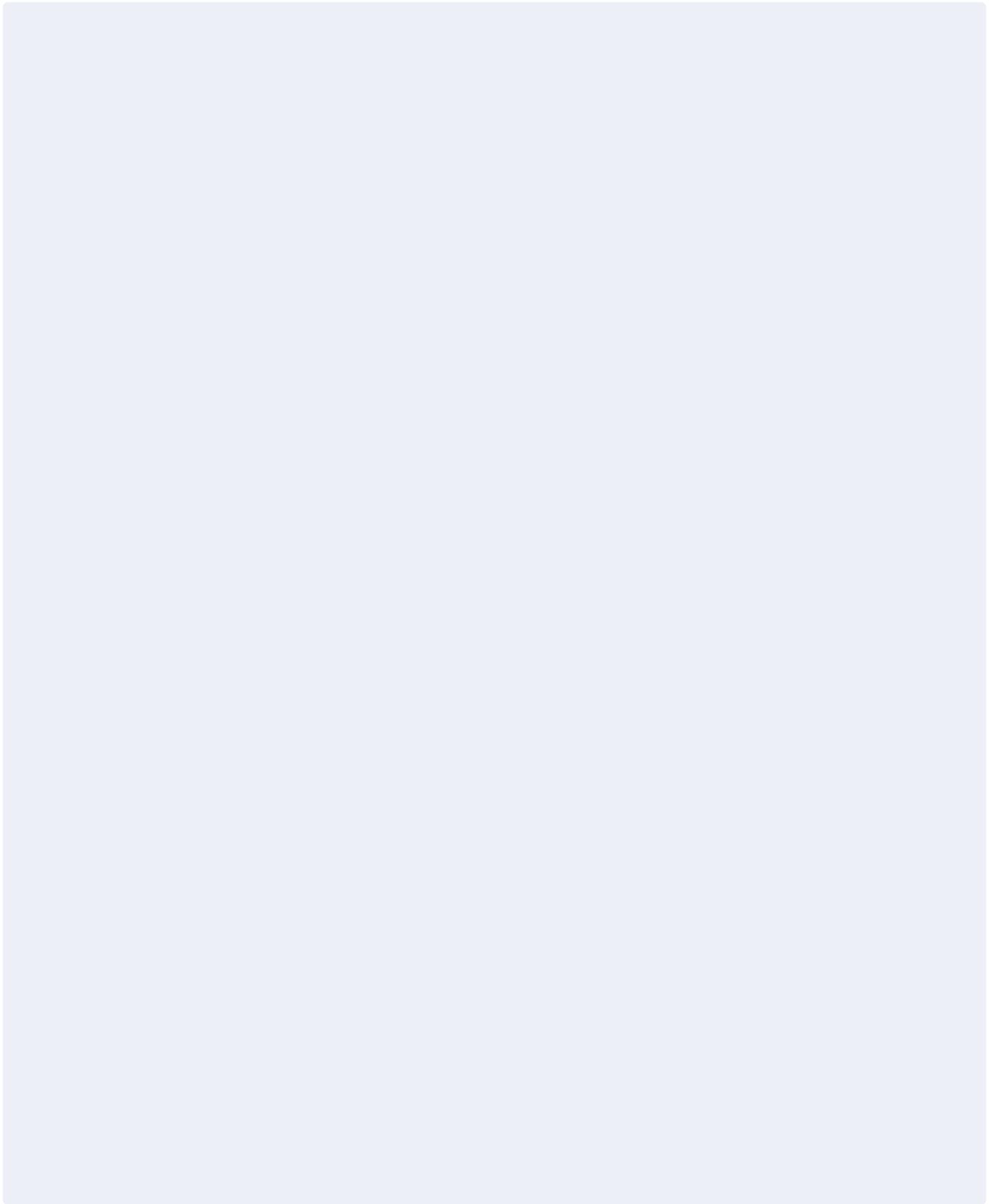
Data

- -

ano mês dia

Assinatura do responsável do Serviço

¹ Crianças do pré-escolar, crianças e jovens dos 6 aos 18 anos e dos 18 aos 24 anos, mas neste último caso apenas enquanto estiverem a frequentar o ensino regular.



Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em www.seg-social.pt