

**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 style="width: 100%;" type="text"/>		
Data de nascimento	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>ano      mês      dia</small>	N.º Identificação de Segurança Social	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Morada	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Código Postal	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Localidade	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefone	<input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/>		
Data de nascimento	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>ano      mês      dia</small>	N.º Identificação de Segurança Social	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**3 ACOMPANHAMENTO ESPECIAL NECESSÁRIO / PRESCRIÇÃO**

(A preencher por médico especialista responsável pela declaração médica (mod.RP 5020/2014-ISSA))

**3.1 Condições em que o atendimento deve ser prestado e respectiva fundamentação.**

1.
  
2.
  
3.

Ano \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

(continua na pág. seguinte)

#### 4 ELEMENTOS RELATIVOS AO ALUNO

(A preencher pela escola, quando detetado)

##### 4.1 Caracterização

Perturbações Evidentes: 1. Na produção da fala  2. No comportamento   
Alterações Evidentes: 1. Na comunicação e linguagem  2. No processo de leitura e escrita   
3. No acesso e domínio de outras áreas e conteúdos curriculares

##### 4.2 Especificação das perturbações e alterações indicando fundamentos e resultados da observação.

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5 CERTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO/ENSINO

Declarar-se:

O aluno frequenta a Unidade Orgânica: \_\_\_\_\_  
Indicar nome completo da Unidade

Escola (se aplicável): \_\_\_\_\_  
Indicar nome completo do estabelecimento

A Unidade Orgânica (assinalar com X a opção correta):

- Não possui os recursos para a implementação das medidas específicas necessárias, identificadas no campo 3.  
 Não tem capacidade de resposta para a implementação das medidas específicas necessárias, identificadas no campo 3.

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

\_\_\_\_\_

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