



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Programa Saúde na Escola
Encaminhamento para Fonoaudiologia

DADOS ESCOLARES

Escola: _____
Municipal () Estadual ()
Professora: _____
Período: Matutino () Vespertino () Integral () Ano: _____ Turma: _____
Participação em Programa e/ou Grupo extra classe: Sim () Não ()
Qual?: _____

DADOS DO ALUNO

Nome: _____
Data de nascimento: __/__/____
Filiação: _____
Endereço: _____
Telefones para contato: _____
Queixa (motivo para encaminhamento): _____

FONOAUDIOLOGIA

- 1 – Perceber e discrimina auditivamente os sons da fala (/f/-/v/; /s/-/z/; /ʃ/(ch,x)- /ʒ/(j,g); /p/-/b/; /t/-/d/; /k/-/g/; /r/-/l/)? Sim () Não ()
- 2 – Possui boa atenção e memorização? Sim () Não ()
- 3 – Realiza troca, omissões, distorções e/ou inversões de letras da fala? Quais?: Sim () Não ()
- 4 – Possui linguagem oral compreensível? Sim () Não ()
- 5 – Ouve bem? Sim () Não ()
- 6 – Fez alguma avaliação auditiva? Sim () Não ()
- 7 – Demonstra entendimentos dos comandos? Sim () Não ()
- 8 – Realiza atividades do cotidiano de forma autônoma? Sim () Não ()
- 9 – Apresenta ou apresentou disfluência na linguagem oral espontânea (gagueira)? Sim () Não ()
- 10 – Realiza troca de grafemas na escrita? Quais? _____ Sim () Não ()

Escreva outras informações que são indispensáveis: _____

Se o aluno tiver laudo médico, anexa cópia a esta ficha de encaminhamento.

Responsável pelo encaminhamento:

Diretor (a): _____

Professor (a): _____

Pai e/ou responsável: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 20__.