



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

Data de Nascimento       N° Identificação de Segurança Social

Dia Mês Ano

Morada

C. Postal  -

Localidade  Telefone

(\*) 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

Data de Nascimento       N° Identificação de Segurança Social

Dia Mês Ano

**3. Elementos relativos à deficiência**

*A preencher pelos serviços do Ministério da Educação*

**3.1. Caracterização**

PERTURBAÇÕES GRAVES: 1. Na produção da fala  2. Do comportamento

ALTERAÇÕES GRAVES: 1. Da comunicação e linguagem  2. No processo de leitura e escrita

3. No acesso e domínio de outras áreas/conteúdos curriculares

**3.2. Especificação das perturbações graves (1)**

1.

2.

continua na pág. seguinte →

### 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 da Equipa de Coordenação de Apoios Educativos (ECAE) não existem os recursos específicos necessários ao aluno.

A presente declaração é válida pelo período de \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_ .

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pelo Órgão de Gestão e Administração do Estabelecimento

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Coordenador da ECAE

**OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO. AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI**