



Prefeitura Municipal de Americana
Clínica de Fonoaudiologia
Secretaria de Saúde

Encaminhamento para Fonoaudiologia

1. Identificação

Nome da criança: _____ Sexo: F () M () DN: ___/___/___
Nome do Pai: _____ Idade: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____
Nome da Mãe: _____ Idade: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____

Unidade Educacional: _____
Professor(a): _____
Pedagogo(a): _____
Nível: _____ Período: _____

2. Motivo(s) do Encaminhamento:

3. Observações da criança na unidade: comportamento, interação, aprendizagem, alimentação e hábitos deletérios.

4. Outras informações necessárias (outros encaminhamentos):

Americana, ___/___/___

Ass. e carimbo Professor(a)

Ass. e carimbo Pedagogo(a)