



Prefeitura Municipal de Americana
Clínica de Fonoaudiologia
Secretaria de Saúde

Encaminhamento para Fonoaudiologia

1. Identificação

Nome: _____

DN: ___/___/___ Sexo: () F () M

Nome do Pai: _____ Idade: _____

Nome da Mãe: _____ Idade: _____

Unidade Educacional: _____

Professor(a): _____

Ano: _____ Período: () Manhã () Tarde () Integral

2. Apresenta alterações na comunicação oral (sons da fala)? () Sim () Não.

Quais? Dê exemplos.

3. Apresenta alterações na comunicação escrita? () Sim () Não.

Quais? Dê exemplos.

4. Como é a criança na sala de aula? (participação nas atividades, comportamento, atenção, etc.)

5. Como é o relacionamento da criança com os demais colegas de classe?

6. Outras observações: (outros encaminhamentos).

Americana, ___/___/___

Ass. e carimbo Professor(a)

Ass. e carimbo Pedagogo(a)