



## FICHA DE PERFIL BIOGRÁFICO DO APRENDENTE

## I. INFORMAÇÕES INSCRIÇÃO

Data de Inscrição: 01-04-2021

Nº da Inscrição:

L001

## II. DADOS DO APRENDENTE

Nome Completo: Pedro

Nome a ser tratado: Pedro

Data de Nascimento: 07-11-1991 Idade: 29 Género:  F  M

Nível de Escolaridade: 9º Ano Diagnóstico: Pert. Espectro Autismo

Morada: Travessa da Água Formosa, nº 53 Vale do Areeiro

Código Postal: 2415-720 Telefone Fixo: 999821251

Nacionalidade: Portuguesa Telemóvel:

Cartão de Cidadão: 123456789 Válido até: 23/10/2028

## III. DADOS DO RESPONSÁVEL DO APRENDENTE

Nome Completo: Maria

Parentesco/Relação: Mãe

Data de Nascimento: 15/01/1954 Idade: 67 Género:  F  M

Morada: Rua das Árvores Palhais

Código Postal: 2430-025 Telefone Fixo:

Nacionalidade: Portuguesa Telemóvel: 999 995 223

Cartão de Cidadão: 123456789 Válido até: 23/10/2028

**Documentos entregues:**

Fotocópia do Cartão de Cidadão - Boletim de Vacinas - Comprovativo de Vacinação COVID-19 - Plano de medicação atualizado

**Fundamentação da Inscrição:**

O Pedro é um jovem com Perturbação do Espetro do Autismo. Em termos globais o Pedro é um jovem que tenta relacionar-se com o outro, sejam colegas ou técnicos, apesar de nem sempre compreender a melhor forma de o fazer. Apresenta uma boa capacidade de comunicação, com vocabulário adequado, mas por vezes tem um discurso confuso e sempre dentro da sua área de interesses. Considera-se que a sua participação no projeto seria um mais-valia no sentido em que poderia alargar a sua área de interesses, bem como dotá-lo de ferramentas úteis para o ajudarem a ouvir o outro, expressar-se de forma mais concreta e a interpretar de forma correta as informações que lhe são transmitidas.

**IV. CUIDADOS DE SAÚDE**

1. Apresenta algum problema de saúde significativo?  Sim  Não

Se sim, qual/quais:

2. Apresenta quadro clínico de alguma das seguintes doenças crónicas:

Epilepsia

Diabetes

Tipo 1

Tipo 2

Doença Infetocontagiosa

Qual/Quais:

Outra/s

Qual/Quais:

3. Apresenta alergias, intolerâncias ou restrições alimentares?  Sim  Não

Se sim, qual/quais:

4. Apresenta dieta alimentar específica?  Sim  Não

Se sim, qual/quais:

**5. Apresenta dificuldades motoras?** Sim Não

Se sim, qual/quais:

Utiliza ajudas técnicas?

 Sim Não

Se sim, qual/quais:

**6. Apresenta dificuldades visuais?** Sim Não

Se sim, qual/quais:

Utiliza ajudas técnicas?

 Sim Não

Se sim, qual/quais:

**7. Apresenta dificuldades auditivas?** Sim Não

Se sim, qual/quais:

Utiliza ajudas técnicas?

 Sim Não

Se sim, qual/quais: