



Prefeitura do Município de Taboão da Serra

Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia.

INSTRUMENTO IX

Encaminhamento à rede de saúde/socioassistencial do município

Escola:	
Endereço da escola:	
Telefones da escola:	
Nome da criança:	
Responsáveis:	
Telefone:	
Endereço:	
Professor (a) da Sala Regular:	
Ano Escolar:	Período: () Matutino () Intermediário () Vespertino

Data: ____ / ____ / ____

Encaminho o aluno(a) para:

1) Motivo do encaminhamento e situação junto a qual é solicitada intervenção.

2) Quais ações já foram desenvolvidas pela escola em relação a esta situação e que efeitos surtiram?

Assinatura do (a) Diretor

Assinatura do (a) Coordenador (a) Pedagógico (a)

Assinatura do (a) Professor (a) da Regular

Assinatura do (a) Responsável e data

CARIMBO DA UNIDADE ESCOLA



Prefeitura do Município de Taboão da Serra
Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia.

Encaminhamento à rede de saúde/socioassistencial do município – Retorno do equipamento

Escola:	
Endereço da escola:	
Telefones da escola:	
Nome da criança:	
Responsáveis:	
Telefone:	
Endereço:	
Professor (a) da Sala Regular:	
Ano Escolar:	Período: () Matutino () Intermediário () Vespertino

Recebido pelo equipamento _____ em: ____ / ____ / ____

Encaminhado para: _____

1) Previsão de atendimento:

2) Retorno do equipamento da rede de saúde/socioassistencial:

Responsável pelo equipamento

Técnico responsável pelo atendimento

CARIMBO DO EQUIPAMENTO

Recebido pela escola em: ____ / ____ / ____

Assinatura da Unidade Escolar