

PRÉ-REQUISITO PARA ACESSO AO CURSO DE LICENCIATURA
BI-ETÁPICA EM TERAPIA DA FALA

Nome do Candidato _____
Data de nascimento ___ / ___ / ___ BI/CC Nº _____¹ Data ___ / ___ / ___ Arquivo
de Identificação _____ Morada _____
Código Postal _____ Localidade _____ Telefone _____

CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-REQUISITO

Parâmetros a serem avaliados:

1. Audição
Dentro dos limites considerados normais para a fala _____
2. Exame Oro-facial
Dentro dos limites considerados normais para a fala _____
3. Linguagem verbal oral
 - a. Compreensão _____
 - b. Expressão _____
4. Débito verbal _____
5. Articulação _____
6. Voz _____
7. Linguagem verbal escrita
 - a. Leitura _____
 - b. Escrita _____
8. Observações: _____
9. Conclusões: Apto _____ Não Apto _____

Nome do Terapeuta da Fala _____
B.I. Nº _____ Data ___ / ___ / ___ Arquivo de Identificação _____ formado/a
em Terapia da Fala pela Escola _____, no ano de _____,
com Cédula Profissional Nº _____, atesta por sua honra que o
candidato/a (Nome) _____ satisfaz/não
satisfaz o pré-requisito de "ausência de perturbações de linguagem e/ou fala e do
domínio da língua portuguesa tal como é falada e escrita em Portugal".

O Terapeuta da Fala

Data ___ / ___ / _____

_____ (colocar o carimbo)

¹ No momento de preenchimento deste questionário o candidato/a deverá ser portador do Bilhete de Identidade.