

PRÉ-REQUISITO PARA ACESSO AO CURSO DE LICENCIATURA
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./C.C. Nº _____ Data ___ / ___ / ___ Arquivo de Identificação _____
formado/a em Terapia da Fala pela Escola _____, no ano
de _____, com Cédula Profissional Nº _____, membro da
Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala 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.