

Formulário

Estudante com Necessidades Educativas Especiais

Este formulário destina-se aos estudantes que pretendem solicitar a atribuição do estatuto de estudante com necessidades educativas especiais. Deverão ser anexados a este formulário, os relatórios médicos comprovativos da situação clínica, emitidos por especialistas, conforme estipulado na Subsecção VII do Regulamento Académico da Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril.

Deverão estar explícitos os apoios necessários para frequência das aulas e de avaliação.

1. Identificação Pessoal

Nome Completo: _____

Cartão do Cidadão nº: _____ NIF: _____

Data Nascimento: _____ Nº de Aluno: _____

Curso: _____ Ano: _____

2. Situação Clínica:

Das opções abaixo, indique em que situação se encontra, A, B, C ou D: _____

A) O estudante é portador de deficiência física, resultante de défice motor permanente congénito ou adquirido, que, requerendo cuidados médicos ou terapêuticos, comprometam o seu desempenho e participação académica;

B) É portador/a de deficiência sensorial caracterizada ou por défices visuais ou auditivos permanentes;

C) É portador/a de dislexia, discalculia, ou outras dificuldades associadas que comprovadamente comprometem acentuadamente o seu desempenho e participação académicos;

D) Problemas de saúde física ou limitações adquiridas mas que, pela sua particularidade e excecionalidade, criem comprovadamente a necessidade de adaptações ou medidas terapêuticas regulares e sistemáticas, limitadoras ou condicionantes do percurso académico regular.

3. Caso tenha respondido D) na questão anterior, especifique qual o problema de saúde e como é que o mesmo se reflete na vertente académica:

4. Caso tenha respondido D), especifique qual a duração previsível para a incapacidade:

- A) Anual
- B) Semestral
- C) Época de Exames

5. Caso tenha respondido A), B) ou D), indique se pretende requerer o acesso ao parque de estacionamento dos funcionários:

- A) Sim
- B) Não

6. Indique qual o tipo de comprovativo que junta ao presente formulário:

- A) Atestado Médico*
- B) Declaração Médica**
- C) Comprovativo de Urgência***

Os atestados ou declarações médicas não contêm obrigatoriamente a doença ou origem da incapacidade, devendo apenas indicar sumariamente de que forma é que a mesma se reflete na vertente académica do estudante, de que forma é que limita ou condiciona a capacidade de aprendizagem ou a sujeição à avaliação do visado.

* Para incapacidades transitórias, de duração igual ou inferior a 1 semestre;

** Para incapacidades transitórias e permanentes;

*** Para casos de incapacidade ocorrida a menos de 10 dias antes da época de exames;

7. Pretende requerer algum tipo especial de frequência das aulas:

- A) Gravação de aulas*
- B) Assistência de videoconferência*
- C) Não

*Possibilidade condicionada ao tipo de incapacidade e seus efeitos, de acordo com o indicado em atestado ou declaração médica. Está dependente da concordância do docente e da entrega de declaração de honra a anexar a este formulário.

8. Pretende requerer algum modelo especial de avaliação?

- A) Substituição do teste/frequência escrita por oral
- B) Substituição do exame escrito por oral

9. Pretende requerer algum regime especial para a realização de provas escritas?

- A) Enunciado Ampliado
- B) Tempo extra em testes/frequências e exames *
- C) Uso de Computador **
- D) Realização das provas em local separado da turma ***

* Período adicional de 30 minutos por cada hora de duração da prova;
** Presencialmente e sob vigilância do docente, em computador próprio do estudante ou cedido pela ESHTe, sendo o documento que contém as respostas do estudante imediatamente impresso após o término da prova;
*** Condicionado à disponibilidade de salas designadas para o efeito.

10. Identifique outros apoios, não indicados neste formulário, que gostaria que a ESHTe disponibilizasse para auxiliar na frequência das aulas/exames (Condicionado à disponibilidade da ESHTe):

No âmbito da [Declaração de Privacidade](#) da Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril (ESHTe), autorizo o tratamento dos dados clínicos constantes do presente formulário e respetivos anexos e declaro que tomo conhecimento de que os mesmos poderão ser divulgados junto dos docentes da Escola, exclusivamente para efeitos de aplicação dos benefícios adquiridos ao abrigo do estatuto de estudante com necessidades educativas especiais (ENEE).

Data: _____

Assinatura: _____