

Pré-requisito para ingresso no Curso de Licenciatura em Terapia da Fala

Nome do(a) candidato(a): _____

B.I. / C.C.: _____ Emitido: _____ Em: _____

Áreas a avaliar:

- Audição: _____
- Motricidade Oro-facial: _____
- Articulação verbal: _____
- Linguagem verbal oral
 1. Compreensão: _____
 2. Expressão: _____
- Linguagem verbal escrita
 1. Leitura: _____
 2. Escrita: _____
- Voz: _____
- Fluência: _____

Observações:

O(A) Terapeuta da Fala _____
B.I. / C.C. nº _____, com Cédula Profissional nº _____, atesta por sua honra que o(a) candidato(a) _____
satisfaz/não satisfaz o pré-requisito de ausência de perturbações de linguagem e/ou fala no domínio da língua portuguesa, tal como é falada e escrita em Portugal.

_____, ____ de _____ de 20 ____

O(A) Terapeuta da Fala,
