

NOME: _____ PERÍODO DE INTERVENÇÃO: _____

PROGRAMA:

MARQUE X:
S : QUANDO A CRIANÇA REALIZAR SEM AJUDA
A: QUANDO A CRIANÇA REALIZAR COM AJUDA
N: QUANDO A CRIANÇA NÃO REALIZAR

1ª SEMANA	DATA:				
	1º TENT	S	N	A	
	2º TENT	S	N	A	
	3º TENT	S	N	A	
	4º TENT	S	N	A	
	5º TENT	S	N	A	
	6º TENT	S	N	A	
2ª SEMANA	DATA:				
	1º TENT	S	N	A	
	2º TENT	S	N	A	
	3º TENT	S	N	A	
	4º TENT	S	N	A	
	5º TENT	S	N	A	
	6º TENT	S	N	A	
3ª SEMANA	DATA:				
	1º TENT	S	N	A	
	2º TENT	S	N	A	
	3º TENT	S	N	A	
	4º TENT	S	N	A	
	5º TENT	S	N	A	
	6º TENT	S	N	A	
4ª SEMANA	DATA:				
	1º TENT	S	N	A	
	2º TENT	S	N	A	
	3º TENT	S	N	A	
	4º TENT	S	N	A	
	5º TENT	S	N	A	
	6º TENT	S	N	A	
5ª SEMANA	DATA:				
	1º TENT	S	N	A	
	2º TENT	S	N	A	
	3º TENT	S	N	A	
	4º TENT	S	N	A	
	5º TENT	S	N	A	
	6º TENT	S	N	A	
TOTAL:					

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - SIPT EA