

Teste para Observação e Avaliação – Síndrome de Down - 01

Indicação: Crianças a partir de 05 anos, Adolescentes.

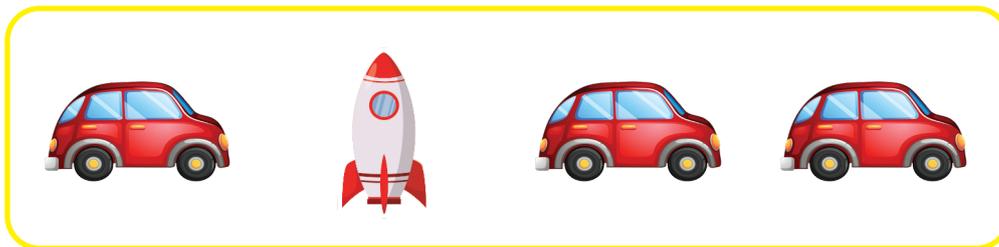
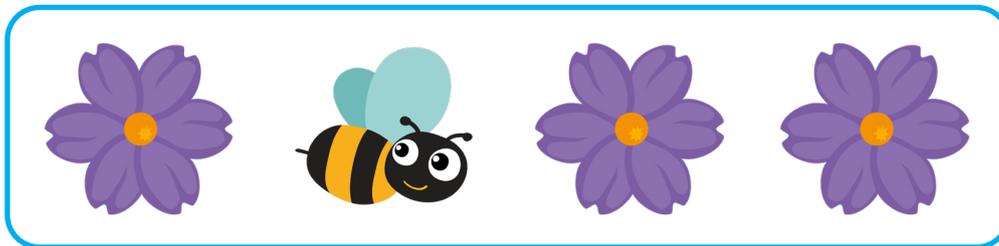
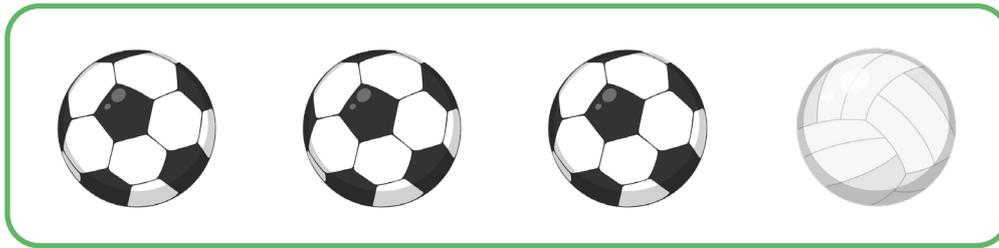
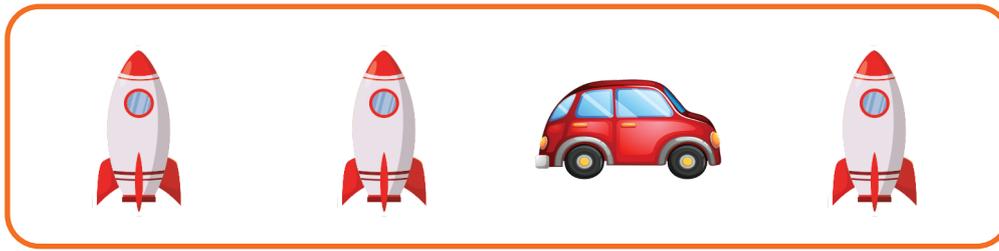
Identificação do Aprendiz/Paciente

Nome: _____ Idade: _____

Nome dos pais ou Responsável: _____

Iniciando Avaliação – Orientação:

- Circule a figura que esta diferente em cada sentença.



Carimbo e Assinatura do Profissional