

SERVIÇO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO

Autorização do Encarregado de Educação para Continuidade de Avaliação / Acompanhamento Psicológico

Eu _____,

Encarregado(a) de Educação do(a) aluno (a), _____

_____, N.º _____, da turma ___ do ___º ano de

escolaridade, autorizo que o(a) meu/minha educando(a) **continue** **cesse** a

avaliação / acompanhamento psicológico iniciado no ano letivo anterior pelo serviço de
psicologia e orientação do Agrupamento.

No caso de **cessar** a avaliação / acompanhamento psicológico deverá referir o(s)
motivo(s)

_____.

Vila Flor ___ de _____ de 20__

O(a) Encarregado(a) de Educação,
