

SERVIÇO DE PSICOLOGIA

FICHA PARA CONTINUIDADE DE ACOMPANHAMENTO NO ANO LETIVO 2015/2016

Proponente:

Diretor de Turma/Professor Titular/Educador Enc. de Educação Outro _____

Identificação do Discente

Nome: _____ Idade: _____ (anos)

Data de Nascimento ___ / ___ / _____

Ano de Escolaridade: ___ Turma: ___ N°: ___ Dir. Turma/Prof. Titular/Educador: _____

Escola: _____

Identificação do Encarregado de Educação

Nome: _____

Telef. Casa: _____ Telef. Trabalho: _____ Telemóvel: _____

Breve descrição da situação atual

O aluno está a beneficiar de algum tipo de acompanhamento (dentro e/ou fora da escola)?

Sim

Não

Qual? _____

Viana do Castelo, ___ de _____ de 20___

A/O Proponente

Autorização Parental

Eu _____, encarregado(a) de educação do
aluno(a) _____, do ___º ano, da turma ____,
declaro que:

autorizo que o meu educando mantenha acompanhamento pela psicóloga do agrupamento.

não autorizo que o meu educando mantenha acompanhamento pela psicóloga do agrupamento.

Viana do Castelo, ___ de _____ de 20___

O/A Encarregado(a) de Educação

Serviços Administrativos	Direção	Serviço de Psicologia
Data de entrada: ___/___/_____ Assinatura: _____	Assinatura: _____ Data: ___/___/_____ _____	Data de receção: ___/___/_____ Assinatura: _____