

**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.º: \_\_\_ 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: _____ _____