**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA**

|  |
| --- |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a frequentar o \_\_\_\_\_\_ de escolaridade na turma \_\_\_\_\_\_\_, declaro que tenho conhecimento da proposta de intervenção solicitada para o meu educando e do parecer da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva. Neste sentido,  **autorizo/  não autorizo** que o meu educando seja submetido a uma  **avaliação /  intervenção em:** |
| (a preencher pelo Diretor/Titular de Turma)  **Psicologia,** pela psicóloga educacional do Agrupamento |
| **Terapia da Fala,** pela terapeuta do Agrupamento |
| **Fisioterapia,** pela terapeuta do Agrupamento |

Contacto telefónico do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_