**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

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