

Ex.mo(a) Sr.(a)

**Educador(a) / Professor(a) Titular/Diretor(a) de Turma**

(Nome) \_\_\_\_\_ Encarregado/a de Educação do/a aluno/a  
\_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_, do Ano e Turma \_\_\_\_\_ **declaro**  
**que autorizo** o atendimento por parte do **SPO** do *Agrupamento de Escolas de Vila Verde*.

Opção:  **NÃO** autorizo/a o atendimento por parte do **SPO**

Motivo(s): \_\_\_\_\_

**Declaro** ainda sob compromisso de honra que o meu(minha) educando(a):

- Não se encontra a ser seguido(a) externamente em consultas de avaliação/intervenção psicológica
- Encontra-se a ser seguido(a) externamente em consultas de avaliação/intervenção psicológica

Caso o(a) seu(sua) educando(a) esteja a ser acompanhado(a) por outra especialidade na área da saúde,  
indique-a: \_\_\_\_\_

Vila Verde, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

O(A) Encarregado(a) de Educação

\_\_\_\_\_