

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ano Letivo 20___/20___

Eu, _____ Encarregado(a) de Educação

do(a) aluno(a) _____,

número _____, a frequentar o ____ .º ano - turma _____, declaro que

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

a **Avaliação Psicológica** do(a) meu/minha educando(a) pelo *SPO - Serviço de Psicologia e Orientação* do *Agrupamento de Escolas da Abelheira*.

Viana do Castelo, ____ de _____ de 20___

O(a) Encarregado(a) de Educação,
