

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

que o(a) meu/minha educando(a) beneficie de **Apoio Psicológico** (semanal ou pontual, individual ou em grupo) 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,
