

Ano Letivo ____/____

Serviço de Psicologia e Orientação – SPO

AUTORIZAÇÃO

Acompanhamento de Continuidade pelo SPO

Eu, _____,

Encarregado/a de Educação do/a aluno/a

_____,

N.º ____ da Turma/Curso _____ do ____ Ano de Escolaridade,

da Escola _____, do

Agrupamento de Escolas de Mirandela (AEM).

Assinalar com uma cruz (X):

☐ **AUTORIZO** que o/a meu/minha educando/a continue em acompanhamento no Serviço de Psicologia e Orientação do AEM.

☐ **NÃO AUTORIZO** que o/a meu/minha educando/a continue em acompanhamento no Serviço de Psicologia e Orientação do AEM.

Mirandela, ____ de _____ de _____

O/A Encarregado/a de Educação,

