**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARENTAL**

Ex.mo/a Sr.(a)

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

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

**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 de terapia da fala ⬜

● Encontra-se a ser seguido(a) externamente em consultas de avaliação/intervenção de terapia da fala ⬜

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 202\_\_

O(A) Encarregado(a) de Educação

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