



SEVER
DO VOUGA
município



CENTRO 2030
PROGRAMA REGIONAL DO CENTRO



Cofinanciado pela
União Europeia

Nº de processo _____

PEDIDO DE AVALIAÇÃO EM TERAPIA DA FALA

Dados da criança

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Morada: _____

Jardim de Infância/escola: _____ Ano de escolaridade: ____

Representante legal: _____ Grau de parentesco: ____

Contacto telefónico do representante: _____ e-mail: _____

Responsável pelo pedido: _____

Contacto telefónico: _____ e-mail: _____

Motivo do pedido:

Data: ____/____/____

Assinatura do (s) responsável (eis) pelo pedido

Data de receção do formulário ____/____/____

A terapeuta da Fala, _____



SEVER
DO VOUGA
município



CENTRO 2030
PROGRAMA REGIONAL DO CENTRO



Cofinanciado pela
União Europeia

AUTORIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO/ACOMPANHAMENTO EM TERAPIA DA FALA

Eu, _____, responsável legal pelo(a) menor _____ **autorizo/não autorizo** (riscar o que não interessa) a avaliação e, em caso de necessidade, o acompanhamento direto em terapia da fala, da criança mencionada, sendo que todos os dados serão preservados de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Sever do Vouga, ___ de _____ de 202__

O/a representante legal
