

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



Região
Aveiro

Educ@RA₂₀₃₀



Cofinanciado pela
União Europeia

Os Fundos Europeus mais próximos de si.

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