



Secretaria Regional
de Educação
Direção Regional de Educação

Escola Básica e Secundária de Santa Cruz
Serviço de Psicologia e Orientação



AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Eu abaixo assinado, Encarregado de Educação do aluno/a

_____ do _____ (ano/turma), da Escola Básica e Secundária de Santa Cruz, *autorizo / não autorizo* (riscar o que não interessa) que ao meu educando sejam administrados testes psicológicos e/ou realizado apoio psicológico.

Identificação do Encarregado de Educação:

Encarregado de Educação: _____

Contacto telefónico: _____

Data ____/____/____

Assinatura Enc. Educação _____