

## AUTORIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO

### Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI)

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_ da turma \_\_\_\_ do \_\_\_\_ ano, declaro que **autorizo**  
**/ não autorizo** (riscar o que não interessa) que o meu educando seja observado/acompanhado  
pela Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva da escola, no âmbito da intervenção:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia (SPO)     | <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia (ETAE) | <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia (SNS) |
| <input type="checkbox"/> Terapia da Fala (Saber Crescer) | <input type="checkbox"/> Terapia da Fala (SNS)        | <input type="checkbox"/> Serviço de Enfermagem       |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Encarregado de Educação)

## AUTORIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO

### Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI)

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_ da turma \_\_\_\_ do \_\_\_\_ ano, declaro que **autorizo**  
**/ não autorizo** (riscar o que não interessa) que o meu educando seja observado/acompanhado  
pela Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva da escola, no âmbito da intervenção:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia (SPO)     | <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia (ETAE) | <input type="checkbox"/> Serviço de Psicologia (SNS) |
| <input type="checkbox"/> Terapia da Fala (Saber Crescer) | <input type="checkbox"/> Terapia da Fala (SNS)        | <input type="checkbox"/> Serviço de Enfermagem       |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Encarregado de Educação)