



**6. INFORMAÇÕES PARA COMPREENDER MELHOR A SITUAÇÃO DO ALUNO** (família, saúde, percurso escolar, comportamento na escola, etc.)

**6.1. O aluno teve/ tem acompanhamento no âmbito de consulta psicológica, pedopsiquiatria ou outra especialidade?** \_\_\_\_\_ (em caso afirmativo indicar quando e onde):

**6.2. DOCUMENTOS EM ANEXO**

	REGISTOS DE AVALIAÇÃO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>
	RELATÓRIOS PEDAGÓGICOS	<input type="checkbox"/>
	RELATÓRIOS MÉDICOS OU PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>
	OUTROS DOCUMENTOS RELEVANTES	<input type="checkbox"/> (identificar) _____

**7. Data e assinatura de quem faz o pedido de atendimento.**

___ / ___ / 20___,	_____ (assinatura)
--------------------	-----------------------

**8. Autorização do EE**

Durante este ciclo educativo e até que cesse a necessidade, autorizo o atendimento do meu educando pelo SPO e comprometo-me a comparecer neste serviço quando solicitado para esse efeito.

___ / ___ / 20___,	_____ (assinatura do Encarregado de Educação)
--------------------	--

**9. Parecer da Direção**

___ / ___ / 20___,	_____
--------------------	-------