Declaração

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número \_\_da turma\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_ º ano, da escola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que:

□ autorizo

□ não autorizo,

que o meu educando seja encaminhado/acompanhado pelo técnico de saúde/enfermeira da Saúde Escolar.

\_\_\_\_/\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------

**

**Agrupamento de Escolas Padre Vítor Melícias**

**Boavista – Olheiros – TORRES VEDRAS**

**Cód. 170987**

Declaração

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número \_\_da turma\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_ º ano, da escola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que:

□ autorizo

□ não autorizo,

que o meu educando seja encaminhado/acompanhado pelo técnico de saúde/enfermeira da Saúde Escolar.

\_\_/\_\_ / 20\_\_\_ O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_