



## Centro de Apoio à Aprendizagem

### Autorização – Encarregado/a de Educação

Autorizo que o/a meu/minha educando/a \_\_\_\_\_

n.º \_\_\_\_, do \_\_\_\_.<sup>º</sup> ano, turma \_\_\_\_\_, participe/frequente na/a seguinte valência do Centro de Apoio à Aprendizagem:

Apoio Tutorial Específico (ATE)

Autorizo

Não Autorizo

Tomei conhecimento

Apoio Individualizado/Pequenos Grupos (AI)  Autorizo

Não Autorizo

Mentoria Professor/Aluno (MPA)

Autorizo

Não Autorizo

Mentoria Aluno/Aluno (MAA)

Autorizo

Não Autorizo

Na qualidade de mentor

Na qualidade de mentorando

Serviço de Psicologia e Orientação (SPO)

Autorizo

Não Autorizo

O/A Diretor de Turma/Professor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

O/A Encarregado/a de Educação

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_