



Centro de Apoio à Aprendizagem

Autorização – Encarregado/a de Educação

Autorizo que o/a meu/minha educando/a _____
n.º _____, do ____º 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

Data ____ / ____ / ____

O/A Encarregado/a de Educação

Data ____ / ____ / ____