

## Consentimento Informado

Na qualidade de Encarregado(a) de Educação do(a) menor, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, escola \_\_\_\_\_,  
ano \_\_\_\_\_, turma \_\_\_\_\_, declaro que autorizo a participar numa ação de rastreio na  
valência de Terapia da Fala.

Este rastreio é totalmente **gratuito**, pelo facto de haver uma colaboração entre o Agrupamento e a Clínica.

A Clínica Reflexus **K** dispõe de técnicos especializados para se deslocarem à Escola, mediante marcação em data e horas a combinar.

Posteriormente será entregue ao Professor Titular / Diretor de Turma uma nota informativa individual das crianças que não apresentarem alterações, no caso de ser identificado a necessidade de intervenção será entregue **presencialmente** um relatório aos Encarregados de Educação.

Este documento deve ser assinado e entregue ao Professor, caso não seja entregue, não será possível efetuar a ação de rastreio.

Indique o horário mais conveniente para devolução de relatório:

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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