

Ficha de Inscrição

Sim, quero que a Instituição que eu represento esteja abrangida no rastreio do Projeto K, e desta forma requisitar gratuitamente a visita de uma equipa da Clínica Psicopedagógica/Centro de Aprendizagem Reflexus K.

Instituição: _____ Responsável: _____

Morada: _____

Código postal: _____ Localidade: _____

Contactos: _____ E-mail: _____

Terapia da Fala;

Idades	Nº de Utentes
TOTAL=	

Psicologia;

Idades	Nº de Utentes
TOTAL=	

Psicomotricidade.

Idades	Nº de Utentes
TOTAL=	

Assinatura do Responsável e Carimbo da Instituição

____/____/____