



Município de  
**SEVER DO  
VOUGA**

**PEDIDO DE AVALIAÇÃO EM TERAPIA DA FALA**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Jardim de Infância/Escola (se aplicável): \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade: \_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_

Contacto telefónico do representante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsável pelo pedido: \_\_\_\_\_ Contacto telefónico: \_\_\_\_

**Motivo do pedido:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (s) responsável (eis) pelo pedido

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