

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE MIRAFLORES

Direção – Geral dos Estabelecimentos Escolares

Jl Luísa Ducla Soares EB Professora Carmelinda Pereira EB Professor Carlos Neto ES Professor Santana Castilho

Pedido de Autorização para Terapias em Espaço Escolar

Ex.ma Senhora Diretora,

Eu, _____, CC _____,

Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____,

n.º _____, da turma _____, venho por este meio solicitar autorização para a realização de
_____ nas instalações da Escola _____,

em horário a articular com a escola e sem prejuízo das atividades letivas.

1. Identificação do prestador de serviço

Nome: _____

Contacto: _____

Cédula/ Inscrição Profissional: _____

Seguro (AP/RC): _____

2. Proposta de Organização

Janela Horária pretendida (das 15h30min às 17 h e 30 min): _____

Periodicidade: (_____ x/ por semana) Duração (_____ minutos)

3. Regime de Atuação e Responsabilidade

Ao assinalar as opções seguintes, declaro, na qualidade de EE, que tomei conhecimento e informei o terapeuta das seguintes regras:

- ☐ O terapeuta cumprirá as normas internas do Agrupamento (acesso, segurança, higiene, uso de espaços/equipamentos).
- ☐ Será efetuado registo de entrada/saída e apresentada identificação quando solicitado.
- ☐ O aluno será acompanhado no percurso de/para a sala, sem interferir com o normal funcionamento.

- ☐ É proibida a captação de imagens/áudio sem autorização expressa do Agrupamento.
- ☐ Dever de confidencialidade/segredo profissional: o terapeuta não pode recolher, aceder ou partilhar dados/imagens de terceiros; a intervenção restringe-se ao aluno identificado.
- ☐ Aceito que as sessões possam ser interrompidas pela Direção por razões de segurança/funcionamento.

4. Anexos (assinalar)

- ☐ Cópia da cédula/inscrição profissional do terapeuta.
- ☐ Apólice/declaração de seguro (acidentes pessoais e responsabilidade civil).
- ☐ Certificado de registo criminal

Assinatura do EE: _____

Data: ____/____/____

A preencher pelo Agrupamento

5. Autorizações internas

5.1. Coordenador de Estabelecimento: _____

5.2. Autorização do Docente¹: _____

6. Logística: Espaço atribuído: _____

Horário aprovado: _____

☐

Indeferido

☐

Deferido

Alice Simões
(diretora)

¹ Apenas para Terapeutas Sombra