

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

**DECLARAÇÃO DE CESSAÇÃO DE AVALIAÇÃO E/OU  
ACOMPANHAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado/a  
de Educação do/a discente \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_ da  
turma \_\_\_\_ do \_\_\_\_ ano, declaro, para os devidos efeitos, que sou do parecer que a  
intervenção do Serviço de Psicologia deverá cessar pelo(s) motivo(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Vila Flor, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O/A Encarregado/a de Educação,

O/A Discente,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_