



Câmara Municipal de Lisboa

Candidatura a transporte escolar adaptado

Identificação do aluno

Nome completo _____

Documento identificação n.º _____ Data de nascimento _____ Ano de escolaridade _____

Escalão de rendimentos do agregado familiar _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Localidade _____ Telemóvel (enc. de educação) _____ Telefone (residência) _____

E-mail _____

Morada de transporte (caso seja diferente da morada de residência) _____ Telefone _____

Cadeira de rodas Sim Elétrica Não elétrica Desdobrável
 Não

Tipo de deficiência _____

Grau de deficiência _____

Observações (cuidados a ter) _____

Estabelecimento de ensino

Nome da escola _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Freguesia _____ E-mail _____

Telefone _____ Professor responsável _____

Horário previsto para o Ano Letivo _____ / _____ (indicar apenas os horários de entradas e saídas da escola em relação aos quais é pedido transporte)

Entrada 2ª feira 3ª feira 4ª feira 5ª feira 6ª feira

Saída 2ª feira 3ª feira 4ª feira 5ª feira 6ª feira

Identificação dos familiares

Pai (nome completo) _____ Telefone (residência) _____

Local de trabalho _____ Telefone (emprego) _____

Mãe (nome completo) _____ Telefone (residência) _____

Local de trabalho _____ Telefone (emprego) _____

Lisboa, _____

Assinatura _____

Nota: Anexar a esta ficha o **ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO** (D.L. 174/97, de 19 de Julho)