

ANO LETIVO _____ / _____

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS	<input type="checkbox"/> Dr. Manuel Gomes de Almeida	<input type="checkbox"/> Dr. Manuel Laranjeira
ESTABELECIMENTO DE ENSINO		

1 - Identificação do Aluno

Nome					
Morada					
Código Postal	_____ - _____	Localidade		Telefone	
Data de Nascimento	___/___/_____	BI/CC		NIF	

2 – Informações Complementares (* Preencher caso seja diferente da morada de residência)

Morada de Transporte*					
Código Postal*	_____ - _____	Localidade*			
Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Elétrica	<input type="checkbox"/> Não Elétrica	<input type="checkbox"/> Desdobrável	
	<input type="checkbox"/> Não				
Tipo de Deficiência					
Grau de Deficiência					
Obs. (cuidados a ter)					

3 - Identificação do Encarregado de Educação

Nome					
Morada					
Código Postal	_____ - _____	Localidade		Telefone	

4 - Identificação dos Familiares

Nome do Pai		Telefone	
Nome da Mãe		Telefone	

5 – Horário Previsto (indicar apenas os horários de entradas e saídas da escola em relação aos quais é pedido o transporte)

	2. ^a Feira	3. ^a Feira	4. ^a Feira	5. ^a Feira	6. ^a Feira
Entrada					
Saída					

Assinatura do Encarregado de Educação	Confirmação do Agrupamento de Escolas (assinatura e carimbo)
Data ___/___/_____	