

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Para uso exclusivo dos Serviços

Parecer	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Conselho de Gerência </div> DESPACHO/DELIBERAÇÃO
Recepção _____ Conf. _____ Reg. Inf. _____	_____ / ____ / ____

Beneficiário - Titular

N° Beneficiário
N° de Sócio

Nome

Banco _____ Balcão _____ Tel. _____

Beneficiário - Familiar

N° Beneficiário
Data de Nascimento ____/____/____

Nome

Comparticipação na Educação Especial
 1º Pedido
 Renovação

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS, requeiro a participação em:

1. Escola (integrável em “Assistência na Educação Especial”):

Designação: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Regime de frequência: Internato Semi-Internato Externato

Início da frequência ____/____/____

Valor da mensalidade (debitada pela Escola): _____, ____ Euros

- Incluindo alimentação: S N

- Incluindo transporte: S N

2. Tratamentos Especializados:

Natureza dos tratamentos:

Apoio psico-pedagógico Terapia de fala
 Psicomotricidade _____

Técnico:

Nome: _____

Especialização: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

