

## Transporte

### Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido *Andrés, Pérez*

DNI N°

Diagnóstico *ECNE*

*Dada su patología de base  
(discapacidad motora), Solicito  
Traslado de domicilio a Escuela  
especial, ida y vuelta*

Período Desde  Hasta  2021

Firma y  
Sello del  
Médico Tratante