

## Transporte

Prescripción Médica  
para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido

DNI N°

Diagnóstico

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

Período Desde  Hasta  2019

Firma y  
Sello del  
Médico Tratante