



FACULDADE DE ARQUITETURA
Universidade de Lisboa
Divisão Académica

INFORMAÇÃO ESCOLAR

CONTINGENTE ESPECIAL PARA PORTADORES
DE
DEFICIÊNCIA FÍSICA OU SENSORIAL

Contactos e dados escolares

Número de Aluno: _____ A/S _____	Nome: _____																		
Telefone: _____ Telemóvel: _____	_____																		
E-mail: <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Morada: _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
BI/C.C. Passaporte: _____	_____																		
Emitido em: ___/___/____ Válido até ___/___/____	_____ - _____																		

Estabelecimento de ensino: Faculdade de Arquitetura – Universidade de Lisboa
Código: 1501 _____
Morada das atividades letivas: Rua Sá Nogueira – Pólo Universitário – Alto da Ajuda
Freguesia: Alto da Ajuda _____ Concelho: Lisboa _____
Código Postal: 1349 - 055 Lisboa _____
Telefone: 213615000 Fax: 213625138

É portador de deficiência física ou sensorial, indique:

Não

Sim, Qual:

- Deficiência física
- Deficiência sensorial:
 - Deficiência visual permanente bilateral (cegueira e baixa visão)
 - Deficiência auditiva bilateral de grau severo ou profundo
 - Outros: _____

No caso de se enquadrar numa destas situações, deverá fazer prova, mediante a entrega de relatório médico.

Data: ___/___/_____

O Aluno,
