



FICHA DE SOCIO/A

Nº SOCIO:

DATOS PERSONALES

Nombre:	Apellidos:					
Dirección:						
Población:	C.P.: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Provincia:						
Teléfono:	Email:					
Profesión:	¿Tiene algún familiar afectado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Fecha de inscripción:	de	de				

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:																									
Datos de la cuenta:																									
ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA																						
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
CUOTA ANUAL: 50€																									

Firma y DNI:

FICHA ORIENTATIVA

Nº SOCIO:

DATOS DEL AFECTADO/A

Nombre: Apellidos:

Fecha de nacimiento: de de

Centro escolar: Curso:

Nombre/Apellidos del padre:

Nombre/Apellidos de la madre:

OTROS DATOS

¿Está diagnosticado?: SI NO ¿Desde cuando?

Tiene otros trastornos asociados: SI NO

En su caso, ¿cuáles?

¿Quién realizó el diagnóstico? Psicólogo Pedagogo Médico

Tiene problemas de: Conducta Aprendizaje Habilidades sociales

Actualmente recibe tratamiento: Farmacológico Psicológico Otros

Nombre de los profesionales que actualmente tratan al afectado y su especialidad (psiquiatría, neurología, psicología, logopedia...):

NOMBRE	ESPECIALIDAD

Se ruega entreguen estas fichas, debidamente cumplimentadas, junto a fotocopia del diagnóstico personalmente o a través de correo ordinario a:

APADAHCAS

C/ Alcalde Tárrega, 18-Bajo • 12004 Castellón