



Sol·licita valoració

de l'Associació Trastorn de l'Espectre
Autista del VALLES OCCIDENTAL:

EN/NA amb DNI

Adreça

Districte Postal..... Població Província

Telèfon Fixe Mòbil E- mail

Relació amb S.A (pare,mare etc...)

*** (us preguem lletra clara i amb majúscules)**

CÒNJUGE O ALTRES:

Nom i Cognom :..... DNI

Nom I Cognom:..... DNI

Relació amb TEA.....

En que ens pots col·laborar o ajudar a l'associació?

Nom del nen o nena

Data de naixement Nivell d'estudis actual.....

Treballa (Si/No) Ocupació.....

1. Autoritzo a l'Associació TEA del Vallès Occidental a carregar en el meu compte //75€ // abans de finalitzar la última visita

	Dígit control	Entitat	Oficina	D.C	Número de Compte
IBAN	ES				

2. Fer ingrés de //75€ // al compte corrent de l'associació:

2100-0423-9002-0027-2725

Signatura

Data inscripció:del.....201....