



## Sol·licita inscriure's com a **SOCI COL·LABORADOR**

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 la  
QUOTA DE // 45 € // en el semestre ( a 1º de: Gener i Juny)**

**2. La Baixa: S'ha de comunicar 2 mesos per avançat per escrit  
a :[sac.Valleso@gmail.com](mailto:sac.Valleso@gmail.com)**

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

Signatura

Data inscripció: .....del.....201....

### **NOTES IMPORTANS PER L'ASSOCIACIÓ:**

Autoritzo a l'Associació TEA a donar les meves dades a altres membres de l'Associació? **SI NO**

Autoritzo a l'Associació TEA els drets de Imatge ( excursions, sortides, etc...) **SI NO**

C/ Morella 51 , 08223 Terrassa  
CIF.: G65064727  
Mòbil 659921821



**Trastorn  
de l'Espectre  
Autista (Asperger)**  
Associació Vallès Occidental

**Enviar o entregar el seu Full d'inscripció : URGENT**

- A l'associació TEA per E .mail: [sac.Valleso@gmail.com](mailto:sac.Valleso@gmail.com)
- AL el Seu psicòleg ( si fa teràpies amb nosaltres)