



Sol·licita inscriure's a l'esplai de petits

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

Nom i Cognoms del nen/a
Data de naixement
Nom del Pare i Mare / Tutors
Adreça
Districte Postal..... Població Província
Telèfon Fixe Mòbil E- mail
Interessos del nen/a

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

1. Autoritzo a l'Associació TEA del Vallès Occidental a carregar en el meu compte la QUOTA DE // 75 € // al trimestre (Setembre, Gener i abril) i // 48 € // assegurança germà

El càrrec és fa per avançat

2. La Baixa: S'ha de comunicar 2 mesos per avançat per escrit a :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**