



Sol·licita inscriure's com a SOCI

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 // 90 € // 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

		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
- AL el Seu psicòleg (si fa teràpies amb nosaltres)