

Semana de Respiro Familiar ASEM 2013

PARTICIPANTE SOCIO/A

Sr. / a.: _____

Como madre / padre / tutor de _____

solicita que sea inscrita/o en la Semana de Respiro Familiar ASEM 2013.

Firmado:

DATOS del / de la PARTICIPANTE

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN _____ POBLACIÓN _____

CÓDIGO POSTAL _____ PROVINCIA _____

TLF _____ E-MAIL _____

NOMBRE DE MADRE/ PADRE O TUTOR _____

CURSO ESCOLAR 2012-13 _____

DIAGNÓSTICO _____

UTILIZA SILLA DE RUEDAS, SÍ o NO _____ ELÉCTRICA O MANUAL _____ PESO _____

OBSERVACIONES DE INTERÉS:

NOMBRE DEL / DE LA ACOMPAÑANTE _____

VÍNCULO (familiar o amiga/o) _____

* Esta ficha deberá ser rellenada y enviada, junto a la del / de la acompañante, a la sede de
FEDERACIÓN ASEM: C.Ter 20, Oficina 10 - 08026 Barcelona.
e-mail: info@asem-esp.org web: www.asem-esp.org

- Fecha límite: 15 de marzo de 2013.
- Durante el mes de abril, se informará por teléfono si la preinscripción ha sido aceptada .

Semana de Respiro Familiar ASEM 2013
ACOMPAÑANTE

Sr. / a.: _____

Como madre / padre / tutor de _____

solicita que sea inscrita/o en la Semana de Respiro Familiar ASEM 2013.

Firmado:

DATOS del / de la ACOMPAÑANTE

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN _____ POBLACIÓN _____

CÓDIGO POSTAL _____ PROVINCIA _____

TLF _____ E-MAIL _____

NOMBRE DE MADRE/ PADRE O TUTOR _____

CURSO ESCOLAR 2012-13 _____

VÍNCULO (familiar o amiga/o) _____

LUGARES HABITUALES DE RELACIÓN _____

En qué PUEDE o NO PUEDE ayudar el / la acompañante en las necesidades físicas del / de la participante:

-
-
-
-
-

* Esta ficha deberá ser rellenada y enviada, junto a la del / de la acompañante, a la sede de
FEDERACIÓN ASEM: C. Ter, 20 local 10 - 08026 Barcelona
e-mail: info@asem-esp.org web: www.asem-esp.org

- Fecha límite: 15 de marzo de 2013.
- Durante el mes de abril, se informará por teléfono si la preinscripción ha sido aceptada.