

Ficha Inscripción Terapia Animada Fecha: ____/____/____

ASOCIACIÓN MADRILEÑA
PARA EL SÍNDROME DE
PRADER-WILLI
 C/Las Naciones 15, 4º Iz.
 28006 Madrid
<http://www.amspw.org>
amspw@amspw.org



DATOS DEL PARTICIPANTE PRINCIPAL

Nombre		DNI:	-
Apellidos			
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección (calle, nº, piso)			
Población			
Código Postal		Provincia	
E-mail			
Teléfono habitual			
Teléfono contacto padres durante las sesiones			

Discapacidad	<input type="checkbox"/> SPW diagnosticado <input type="checkbox"/> Similar al SPW <input type="checkbox"/> Otra: (especificar)..... <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica		
.....% minusvalía			
Peso	Kg.	Estatura	cm.
Algo a destacar (alergias, medicaciones, habilidades, torpezas, costumbres, manías, ...)			
Asociación	<input type="checkbox"/> Socio Afectado S-____-M <input type="checkbox"/> Socio Benefactor B-____-M <input type="checkbox"/> No asociado a la AMSPW (otras:)		

Necesita acompañamiento de casa al lugar de la terapia (cuota mensual adicional)

Asistirá con acompañantes participantes. Número: 1 2 3 Más

DATOS DE LOS ACOMPAÑANTES

Acompañante 1:

Nombre		DNI:	-
Apellidos			
Fecha de Nacimiento		Profesión	
Parentesco	<input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otros:		
Convive con el afectado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (rellenar entonces la dirección)		

Dirección (calle, nº, piso, población)			
Código Postal		Provincia	
Tel		E-mail	

