

Semana de Respiro Familiar ASEM 2017
PARTICIPANTE SOCIO/A

Sr. / a.: _____

Como madre / padre / tutor de _____

solicita que sea inscrita/o en la Semana de Respiro Familiar ASEM 2017.

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 2016-2017 _____

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 por correo certificado**, junto a la del acompañante a la sede de Federación ASEM C/ Ter nº20 Oficina 10 - 08026 Barcelona.

- El periodo de preinscripción es del **17 de abril al 28 de abril** (ambos incluido).
- Durante el **mes de mayo** se informará si la preinscripción ha sido aceptada.

Semana de Respiro Familiar ASEM 2017
ACOMPAÑANTE

Sr. / a.: _____

Como madre / padre / tutor de _____

solicita que sea inscrita/o en la Semana de Respiro Familiar ASEM 2017.

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 2016-2017 _____

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 por correo certificado**, junto a la del acompañante a la sede de Federación ASEM C/ Ter nº20 Oficina 10 - 08026 Barcelona.

- El periodo de preinscripción es del **17 de abril al 28 de abril** (ambos incluido).
- Durante el **mes de mayo** se informará si la preinscripción ha sido aceptada.