



# ASPATHI

Se ruega rellene los datos en su totalidad, en caso de duda llamar a la Asociación antes de enviar la ficha.

## DATOS DEL ASOCIADO/A

Fecha de nacimiento: Día:

Mes:

Año:

Apellidos: 1º:

2º:

Nombre :

D.N.I. .:

Dirección :

C.P. .:

Localidad :

Provincia :

Profesión :

Tfno. móvil :

E-mail:

Envío de información :

Correo Ordinario

E-mail

## DATOS DIAGNÓSTICOS

Centro de diagnóstico:

Déficit de atención con hiperactividad

Déficit de atención sin hiperactividad

Otro diagnóstico:

Si está medicado

No está medicado

Medicación:

Diestro

Zurdo

Edad a la que fue diagnosticado:

## AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIAR LA CUOTA DE LA ASOCIACIÓN

Les agradeceré que en lo sucesivo y hasta nuevo aviso, pasen en la cuenta que al pie les indico los recibos correspondientes a la cuota fijada por la Asociación Sevillana de Padres y Afectados por el TDHA (ASPATHI).

Titular de la cuenta:

Nombre del Banco o Caja:

Datos de la CCC:

a de

de

Firmado por