



# ASPATHI

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

## DATOS DEL NIÑO/A

Fecha de nacimiento: Día:  Mes:  Año:  Lugar:

Número de hermanos:  Edades:  Lugar que ocupa:

Apellidos: 1º:  2º:

Nombre:  D.N.I.:

Dirección:

Tlfs de contacto:

C.P.:  Localidad:  Provincia:

## DATOS DEL COLEGIO DONDE CURSA SUS ESTUDIOS

Nombre del colegio:  Tlfn del centro:

Dirección:

Localidad:  Provincia:  C.P.:

☐ Público ☐ Integración Especial ☐ Privado ☐ Concertado

## 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:

Firmado por \_\_\_\_\_