

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ficha Inscripción</b><br><b>Terapia Animada</b><br>Fecha: ____/____/____ |
|-----------------------------------------------------------------------------|

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



### DATOS DEL PARTICIPANTE PRINCIPAL

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

|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| <b>Discapacidad</b>                                                                                               | <input type="checkbox"/> SPW diagnosticado<br><input type="checkbox"/> Similar al SPW<br><input type="checkbox"/> Otra: (especificar).....<br><div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica</div> |                 |     |
| .....% minusvalía                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |     |
| <b>Peso</b>                                                                                                       | Kg.                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Estatura</b> | cm. |
| <b>Algo a destacar</b><br><small>(alergias, medicaciones, habilidades, torpezas, costumbres, manías, ...)</small> |                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |     |
| <b>Asociación</b>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Socio Afectado <b>S-____-M</b><br><input type="checkbox"/> Socio Benefactor <b>B-____-M</b><br><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:

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

|                                                                 |  |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| <b>Dirección</b><br><small>(calle, nº, piso, población)</small> |  |                  |  |
| <b>Código Postal</b>                                            |  | <b>Provincia</b> |  |
| <b>Tel</b>                                                      |  | <b>E-mail</b>    |  |

