

Ficha Familia Asociada

Fecha: ____/____/____
 Asociado Nº : S-____-M

**ASOCIACIÓN MADRILEÑA PARA EL
 SÍNDROME DE PRADER-WILLI**

C/ Las Naciones 15, 4º Iz.

28006 Madrid

<http://www.amspw.org>

amspw@amspw.org



DATOS DE LA PERSONA CON SPW

Nombre			DNI:	-
Apellidos				
Fecha de Nacimiento			Centro/Colegio	
Dirección (calle, nº, piso)				
Población				
Código Postal			Provincia	
Teléfono Fijo			Móvil	
E-mail				

DATOS DEL PADRE/TUTOR

Nombre			DNI:	-
Apellidos				
Fecha de Nacimiento			Profesión	
Teléfonos de contacto	Horario en el se puede llamar a cada número			
E-mail				
Convive con la persona con SPW: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (rellenar entonces la dirección)				
Dirección (calle, nº, piso)				
Población				
Código Postal			Provincia	

DATOS DE LA MADRE/TUTORA

Nombre			DNI:	-
Apellidos				
Fecha de Nacimiento			Profesión	
Teléfonos de contacto	Horario en el se puede llamar a cada número			
E-mail				
Convive con la persona con SPW: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (rellenar entonces la dirección)				
Dirección (calle, nº, piso)				
Población				
Código Postal			Provincia	

Autorizo a la AMSPW al cobro de la cuota de asociado en la cuenta:

CCC	_____ - _____ - _____ - _____			
Titular CCC	<input type="checkbox"/> hijo	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> otro:
Deseamos recibir la información:	<input type="checkbox"/> Sólo por correo electrónico* <input type="checkbox"/> Sólo por correo ordinario			
	<input type="checkbox"/> Por ambos (correo electrónico y ordinario)			

Zona sombreada sólo para nuevos socios

* Esta opción te permitirá recibirla antes y además nos ayuda a reducir costes.

HERMANOS (convivan o no) Y OTRAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE

Si disponemos de los datos de toda la familia, podremos organizar mejor las actividades, pensando no sólo en las personas con SPW y sus padres, si no también en los hermanos u otros familiares cercanos.

Nº total hermanos		Puesto PW	
Familia Numerosa	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1ª Categoría	<input type="checkbox"/> 2ª Categoría <input type="checkbox"/> Honor

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:		
Teléfono Fijo		Móvil	
E-mail			
Convive con la persona con SPW:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (rellenar entonces la dirección)		
Dirección (calle, nº, piso)			
Población			
Código Postal		Provincia	
¿Es benefactor?	<input type="checkbox"/> Sí: B-____-M <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, podéis mandarle información por si quiere serlo		

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:		
Teléfono Fijo		Móvil	
E-mail			
Convive con la persona con SPW:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (rellenar entonces la dirección)		
Dirección (calle, nº, piso)			
Población			
Código Postal		Provincia	
¿Es benefactor?	<input type="checkbox"/> Sí: B-____-M <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, mandadle información por si quiere serlo		

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:		
Teléfono Fijo		Móvil	
E-mail			
Convive con la persona con SPW:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (rellenar entonces la dirección)		
Dirección (calle, nº, piso)			
Población			
Código Postal		Provincia	
¿Es benefactor?	<input type="checkbox"/> Sí: B-____-M <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, mandadle información por si quiere serlo		

COMENTARIOS O SUGERENCIAS: ¿qué esperáis de la Asociación?

Firma:

--

Muchas gracias por vuestro tiempo y vuestra atención, Junta Directiva AMSPW.

Los datos son incorporados, para su tratamiento, en ficheros responsabilidad de la AMSPW. La AMSPW se compromete a no cederlos a terceros y el interesado/a podrá ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición en cualquier momento, mediante petición o solicitud dirigida a la AMSPW