

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN SÍNDROME PRADERWILLI ANDALUCÍA

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

TELÉFONO:

EMAIL:

EMAIL:

DNI:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**

(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

TRATAMIENTO GH:

SÍ NO

OTROS TRATAMIENTOS:

SÍ NO

(En caso afirmativo, especificar)

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: (Marcar con una X en caso afirmativo)

	Autorizan la captación y utilización de las imágenes fotográficas y audiovisuales, realizadas durante las fiestas, salidas y actividades de la Asociación en las que aparezca su hijo o representado _____ (Nombre de sus hijos y hermanos) para que se puedan utilizar con carácter educativo y divulgativo del SPW.
	Entregar copias de las mismas a los padres, tutores o familiares del resto de miembros de la Asociación en formato papel, CD o similar
	Utilizar como recurso didáctico (Exposiciones, ponencias etc) para la difusión del SPW y publicarlas en la revista, web, redes sociales, material de difusión de la ASPWA.
	Autorizo para que se pueda facilitar información sobre mi hijo/a/representado a otros profesionales que puedan interactuar con él (Médicos, profesionales, etc)
	Autorizo para que se pueda facilitar información sobre mi hijo/representado en los Grupos de Ayuda Mutua en los que se comparten información de familias.

DON/DOÑA _____:

DESEO INSCRIBIRME COMO SOCIO EN LA ASOCIACIÓN SÍNDROME PRADERWILLI ANDALUCÍA

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EL CONTENIDO DE LOS ESTATUTOS DE LA ASPWA, CUYA COPIA DE LOS MISMOS SE ME ENTREGA EN ESTE ACTO

DESEO REALIZAR LA APORTACIÓN **ANUAL DE XX EUROS (detalla el importe y la frecuencia)**

(la aportación puede ser de una sola vez, semestral o anual)

DESEO REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA A LA CUENTA DE LA ASOCIACIÓN:

Titular: ASOCIACIÓN SÍNDROME PRADERWILLI ANDALUCÍA

Entidad: La Caixa

Oficina: 1629

Localidad: La Carolina

Nº Cuenta: **2100 1629 50 0200119110**

C.P.: 23200

MIS DATOS BANCARIOS PARA LA DOMICILIACIÓN DE LAS CUOTAS SON:

TITULAR:

BANCO/CAJA:

CUENTA:

ES _____

DIRECCIÓN:

PROVINCIA:

CP:

LOCALIDAD:

Manifiesto mi aceptación y conformidad en el pago mediante el sistema de domiciliación bancaria de los recibos girados por la ASPWA para el cobro de las cuotas de inscripción y pertenencia a la Asociación.

En, _____ a de _____ de _____

Nombre, DNI y firma de padre
y madre

El tratamiento de los datos personales están ajustados a la normativa establecida en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Al cumplimentar y firmar este formulario, consiente expresamente al tratamiento de estos datos por parte de la ASOCIACIÓN SÍNDROME PRADERWILLI ANDALUCÍA que los empleará para la gestión de sus actividades, el envío de información y contacto habitual con sus integrantes. Si lo desea, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento, dirigiéndose por escrito a la ASOCIACIÓN SÍNDROME PRADERWILLI ANDALUCÍA sita en c/Socorro, 11, de La Carolina (Jaén)-23200 o mediante correo electrónico: praderwilliandalucia@hotmail.com