

Sócio nº _____ **A preencher pela Associação**
Data de adesão: ____/____/____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E-Mail: _____

Profissão: _____ N.I.F.: _____

Local de Trabalho: _____

Modo de pagamento:

Transferência Bancária

1 – Conhece alguém com Necessidades Educativas Especiais?

Sim

Não

2 – Se sim, em que tipo de necessidades educativas especiais se insere o seu conhecido?

1 – Trissomia 21;

2 – Síndrome do X Frágil;

3 – Síndrome de Turner;

4 – Síndrome de Williams;

5 – Síndrome de Prades-Willi;

6 – Défices Cognitivos;

7 – Perturbações da Linguagem;

- 8 – Perturbações do Espectro do Autismo (Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Heller);
- 9 – Dificuldades de Aprendizagem (Dislexia, Disgrafia e Discalculia);
- 10 – Perturbações de Hiperactividade com Défices de Atenção;
- 11- Perturbação da Coordenação Motora;
- 12 – Crianças Sobredotadas;

3 – Qual o grau de parentesco com o seu conhecido?

4 – Nome completo (se possível) do seu conhecido?

5 – Data de nascimento (se possível) do seu conhecido.

___/___/_____

INSCRIÇÃO COMO SÓCIO

Jóia de Inscrição – 10,00 €

Quota anual – 24,00 €

NIB 003502050000939333023