

EL PUENTE TDAH

Solicitud de Inscripción

Datos del Solicitante (Padre/Madre/Tutor)

Apellidos	Nombre	D.N.I.	Fecha Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	Cod. Postal	Localidad	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Teléfono	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del afectado de TDAH

Apellidos	Nombre	D.N.I.	Fecha Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	Cod. Postal	Localidad	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos del colegio

Nombre	Teléfono	Publico	Concertado	Privado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicilio	Cod. Postal	Localidad	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos diagnostico

Diagnostico	Edad diagnostico	Medicado con			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Centro del diagnostico	Psicólogo/Pedagogo	Pediatra	Psiquiatra	Neurologo	Otros
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nombre del profesional				Teléfono	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	

Datos bancarios

Titular de la cuenta: Nombre y apellidos	D.N.I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entidad financiera	C.C.C.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuota entrada: 30 € Cuota anual: 60 €	Autorizo a que se carguen en mi cuenta estas cuotas así como otras extraordinarias que comuniquen con antelación.
	Firma del Solicitante
	<input type="text"/>