

A.N.H.I.P.A.
ASOCIACIÓN DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Nº DE SOCIO

DATOS DEL SOCIO (madre/padre/tutor)

	FECHA DE ALTA _____
Nombre : _____	Apellidos : _____
Fecha nacimiento _____	D.N.I. : _____
Domicilio : _____	C.P. : _____
Profesión : _____	Tfnos. : _____
Correo electrónico : _____	FIRMA SOCIO
Relación con el hiperactivo : _____	

DATOS DEL CONYUGE (madre/padre/tutor)

Relación con el hiperactivo : _____	
Nombre : _____	Apellidos : _____
Fecha nacimiento _____	D.N.I. : _____
Domicilio : _____	C.P. : _____
Profesión : _____	Tfnos. : _____
Correo electrónico : _____	FIRMA
 OBSERVACIONES ----- -----	

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales facilitados por usted en el presente formulario, serán incorporados a un fichero titularidad de ANHIPA - ASOCIACION DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS cuya finalidad es el mantenimiento, gestión y prestación de los servicios solicitados a ASOCIACION DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, así como el mantenimiento de comunicaciones de carácter informativo. Por último, se le informa de que le asisten los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación, que podrá ejercitar mediante petición escrita gratuita dirigida a ANHIPA - ASOCIACION DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS C/ Hermanos Felgueroso nº78 Gijón 33209 Asturias, a la atención del Responsable del Tratamiento.

A.N.H.I.P.A.
ASOCIACIÓN DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Nº DE SOCIO

DATOS DEL HIPERACTIVO (Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención)

FECHA DE NACIMIENTO _____

Nombre: _____ Apellidos _____

D.N.I.: _____ Dirección: _____

Localidad: _____ C.P. _____ Teléfono _____

DATOS DEL COLEGIO DONDE CURSA SUS ESTUDIOS

Nombre del colegio: _____ Telf _____

Dirección: C/ _____ Localidad _____

Público Subvencionado Integración Privado

DATOS DIAGNÓSTICOS (señale con una x lo que proceda)

Centro del Diagnóstico _____ Médico o psicólogo _____

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad -TDA-H (tipo combinado)

Hiperactivo/impulsivo Otro diagnóstico: ¿Cuál? _____

Déficit atención (tipo inatento) Edad de diagnóstico _____ Años

¿Medicado?: NO SI ¿Con qué? _____

Otras enfermedades _____

Otros datos de interés _____

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales facilitados por usted en el presente formulario, serán incorporados a un fichero titularidad de ANHIPA - ASOCIACION DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS cuya finalidad es el mantenimiento, gestión y prestación de los servicios solicitados a ASOCIACION DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, así como el mantenimiento de comunicaciones de carácter informativo. Por último, se le informa de que le asisten los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación, que podrá ejercitar mediante petición escrita gratuita dirigida a ANHIPA - ASOCIACION DE NIÑOS HIPERACTIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS C/ Hermanos Felgueroso nº78 Gijón 33209 Asturias, a la atención del Responsable del Tratamiento.

IMPORTANTE

La Cuota es de 6,01€/mes. Domiciliada en períodos semestral o anual.

La ficha deberá estar firmada por ambos madre, padre o tutor.

Anotar correo electrónico si lo hubiera.

